



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

서울시 외국인 이주민의 의료보장 및

의료이용에 영향을 미치는 요인

Factors Affecting Healthcare Coverage and Health
Utilization among Immigrants Living in Seoul

2017년 2월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

민 소 영

서울시 외국인 이주민의 의료보장 및 의료이용에 영향을 미치는 요인

Factors Affecting Healthcare Coverage and Health
Utilization among Immigrants Living in Seoul

지도교수 이 태 진

이 논문을 보건학 석사학위논문으로 제출함

2016년 11월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리전공

민 소 영

민소영의 석사학위논문을 인준함

2016년 12월

위 원 장 유 승 현 (인)

부 위 원 장 조 병 희 (인)

위 원 이 태 진 (인)

국 문 초 록

전 세계적으로 해외이주 인구가 증가하면서 한국으로 이주하는 외국인도 점점 증가하고 있다. 외국인 이주민들은 외국인 근로자와 여성결혼이주민이 대부분을 차지하는데 이들은 국내에서 주로 취약계층에 속하며 종사하는 직종 등을 고려할 때 건강불평등을 겪을 위험이 있다. 이들의 노동생산성이 지닌 사회경제적인 가치와 인권적인 측면을 고려할 때에 의료보장 등을 통해 이들의 건강권이 보장되어야 하며 외국인 이주민의 의료보장과 의료이용 현황을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석할 필요가 있다.

본 연구는 서울시의 2015서울서베이 자료를 이용하였다. 외국인 이주민의 의료이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해서 우선적으로 의료보장이 의료이용에 미치는 중요한 역할을 감안하여 인구사회학적, 건강, 외국인 이주민 관련 특성이 의료보장 유무와 의료보장 형태에 미치는 영향을 로지스틱 회귀분석을 통해 알아보았다. 또한 아플 때 의료이용을 하는지, 어떤 의료기관을 선택할 때 어떤 요인이 효과를 가지는 지 알아보기 위해 동일한 독립변수에 의료보장 유무를 추가하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

분석결과 외국인 이주민의 특성 중 국적(일본($OR=2.83$, $p<0.01$), 영미권($OR=1.49$, $p<0.1$)) 및 국민의 배우자 체류자격($OR=2.27$, $p<0.01$), 전문직 취업 체류자격($OR=2.50$, $p<0.01$), 1년 이상 체류기간($OR=1.31$, $p<0.5$), 5년 이상 체류기간($OR=1.70$, $p<0.01$),

한국어 능력 보통($OR=1.37, p<0.01$), 잘 함($OR=1.26, p<0.1$)은 의료보장 가입률을 높이는 요인이었다. 또한 외국인 이주민에게 의료보장($OR=1.73, p<0.01$)은 의료이용에 영향을 미치는 중요한 변수임이 확인되었고 국적(일본 ($OR=0.26, p<0.01$), 영미권 ($OR=0.40, p<0.1$)) 및 1년 이상 체류기간($OR=1.42, p<0.1$), 한국어 능력 보통($OR=0.66, p<0.1$), 잘 함($OR=0.639, p<0.1$))은 의료이용과 유의한 관계가 있었다.

연구의 결과는 중앙부처 및 지방자치단체의 외국인정책 수립의 기초자료로 활용될 수 있다. 특히 문화적응의 지표인 체류기간과 한국어 능력이 의료보장과 의료이용에 중요한 요인으로 파악되었으므로 행정자치부는 지원조례 제정, 전담기구 확충 등 외국인 이주민 지원체계 구축과 함께 외국인 이주민과 지역주민이 더불어 사는 사회통합 분위기 조성을 위한 지원이 필요할 것으로 보이며 외국인 이주민의 의료이용에 중요한 영향을 미치는 건강보험 가입률이 낮기 때문에 이를 높이기 위한 적극적인 홍보가 이뤄져야 할 것이다.

주요어: 외국인, 이주민, 의료보장, 의료이용, 서울서베이

학번: 2015-24033

목 차

I. 서론	- 1 -
1. 연구의 배경 및 필요성.....	- 1 -
2. 연구의 목적	- 6 -
II. 문헌고찰	- 7 -
1. 외국인 및 이주민의 정의, 관련 정책	- 7 -
2. 이주민 의료이용에 관한 국외 연구, 이론적 배경	- 10 -
3. 국내 연구	- 18 -
III. 연구모형과 방법	- 20 -
1. 연구모형.....	- 20 -
2. 연구방법.....	- 22 -
IV. 서울시 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석	- 32 -
1. 분석 I -1. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유무에 영향을 미치는 요인	- 32 -
2. 분석 I -2. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인	- 43 -
V. 서울시 외국인 이주민의 의료이용에 관한 분석	- 59 -
1. 분석 II -1. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 여부에 영향을 미치는 요인	- 59 -
2. 분석 II -2. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 선택에 영향을 미치는 요인	- 66 -

VI. 고찰	- 78 -
1. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 분석(분석 I)	- 78 -
2. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 분석(분석 II)	- 82 -
VII. 결론과 제언	- 85 -
참고문헌	- 88 -
Abstract	- 94 -

표 차례

표 1. 분석 I 의 종속변수	- 24 -
표 2. 분석 II 의 종속변수	- 25 -
표 3. 독립변수.....	- 28 -
표 4. 일반적 특성	- 33 -
표 5. 의료보장 여부에 따른 분포	- 36 -
표 6. 의료보장 여부에 영향을 미치는 요인.....	- 41 -
표 7. 의료보장 유형별 가입자.....	- 43 -
표 8. 민간보험 가입 여부에 따른 분포.....	- 45 -
표 9. 건강보험 직장가입 여부에 따른 분포.....	- 48 -
표 10. 건강보험 지역가입 여부에 따른 분포	- 51 -
표 11. 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인	- 56 -
표 12. 의료이용 여부에 따른 분포	- 59 -
표 13. 의료이용 저해요인	- 62 -
표 14. 의료이용에 영향을 미치는 요인	- 64 -
표 15. 이용하는 의료기관 분포	- 66 -
표 16. 의료기관 이용 분포	- 67 -
표 17. 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인	- 74 -
표 18. 자영업, 고용자 집단의 소득분포.....	- 80 -

그림 차례

그림 1. ANDERSEN(1995)의 의료이용 모형	- 11 -
그림 2. 이주민 의료이용의 이론적 틀(YANG & HWANG, 2016).....	- 12 -
그림 3. 모형 I . 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석	- 21 -
그림 4. 모형 II . 외국인 이주민의 의료이용에 관한 분석	- 22 -

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

2015 년 기준 2 억 4400 만명이 자신이 태어난 나라에서 다른 나라로 이주한 것으로 나타난다. 이와 같은 해외이주민이 가장 많이 향한 나라는 미국이지만, 대륙별로 보면 유럽(7 천 600 만명)에 가장 많이 분포하며 다음으로 아시아(7 천 500 만명)에 가장 많이 이주해온 것으로 보고된다(UN, 2016).

이러한 이주 현상에 한국도 예외가 아니다. 한국으로 이주하는 외국인도 점점 늘어나면서 2016 년 6 월 기준 체류외국인¹의 수는 최초로 200 만명을 돌파하였는데 이는 한국 전체 인구의 3.9%에 해당한다. 현재 OECD 국가의 전체인구 대비 외국인 비율(프랑스 6%, 캐나다 6%, 영국 8%)보다 낮지만 법무부는 이와 같은 추세가 계속 유지될 경우 향후 5 년 내 체류외국인의 수는 300 만 명을 넘어 전체 인구의 5.8%를 차지하게 될 것으로 예상했다(법무부, 2016).

한국에 외국인이 유입된 가장 큰 계기는 경제성장과 더불어 1990 년부터 노동력을 확보하기 위해 외국인근로자를 받아들이기 시작한 것이라고 볼 수 있다(Kong, Yoon, & Yu, 2010). 또한 세계화와 함께 국제교류가 늘어남에 따라 국내외 인구이동의 증가,

¹ 출입국관리법 제31조, 재외동포의 출입국과 법적지위에 관한 법률 제6조에 따라 입국한 날부터 90일을 초과하여 체류할 목적으로 출입국·외국인관서의 장에게 외국인등록이나 국내거소신고한 자 및 90일 미만 체류할 목적의 단기체류자를 체류외국인으로 구분하여 관리한다.

외국인에 대한 거부감 감소 및 가치관의 변화, 혼인수급불균형 등으로 농촌과 도시 저소득층 남성들과 외국 여성과의 국제결혼이 빠른 속도로 증가함에 따라 여성결혼이민자가 늘어났다(김유경, 2009). 2000 년대에 들어서면서 국내로 유입되는 외국인의 유형은 학업, 무역 등으로 더욱 다양해졌고 2015 년도의 외국인주민² 현황을 보면 국적미취득자 중에서는 외국인근로자와 재외동포가 많고, 국적취득자 중에는 혼인귀화자가 많다(행정자치부, 2016).

국내 체류외국인 중에서 91 일 이상 거주하는 장기체류외국인은 2016 년 6 월 기준으로 148 만명에 달하는데 체류자격별로 보면 취업목적으로 온 외국인근로자가 41%(61 만명)으로 가장 큰 비율을 차지한다. 취업자격별로 구분하자면 전문인력이 7.9%, 단순기능인력이 92%으로 단순기능인력이 절대 다수를 차지한다(법무부, 2016). 통계청에서 발표한 2015 년 외국인고용조사에 의하면 외국인근로자 중 남성의 경우 제조업, 여성의 경우에는 도소매 및 숙박, 음식점업에 종사하고 있으며 주당 평균 취업시간이 40 시간이 넘는 근로자가 과반수이상, 월평균 임금수준은 100 만 원에서 200 만 원 구간에 속하는 근로자가 53%로 가장 많다. 대다수 외국인근로자들이 장시간 저임금 직종에 취업하고 있음을 알 수 있다(통계청, 2015). 장기체류외국인 중 두번째로 큰 비율을 차지하는 집단은 한국인과의 국제결혼으로 인해 이주한 결혼이민자(151,820 명)이다. 혼인으로 인해 이주해

² 외국인주민은 행정자치부에서 관리하며 크게 세 집단을 포함하는데 1)국내에 90일 초과하여 거주하되 한국국적을 가지지 아니한 자, 즉 ‘등록외국인’ (법무부 제공), 2)한국국적취득자(혼인귀화자, 기타 사유 취득자), 3)외국인주민의 미성년 자녀가 모두 포함된다.

온 결혼이민자의 대다수는 여성(82%)이며, 한국인과 결혼한 여성결혼이민자들의 대부분은 나이가 어리고 보건의료체계가 한국보다 낙후된 국가 출신으로, 경제적 소득수준이 낮은 취약계층 가구에 속한 것으로 알려져 있다(여성가족부, 2016).

이처럼 국내 장기 체류중인 외국인들이 주로 사회적으로 취약계층을 구성하게 됨에 따라, 이들이 복지재정에 미치는 영향에 대한 우려가 제기되어 왔다. 그 중 건강보험과 관련해서는 지역가입자의 무임승차로 인한 재정적자와 가입자격기준에 있어서 내국인과의 형평성 문제가 지적되었는데, 2015 년 국정감사에서는 2010 년에서 2014 년까지 재외국민 및 외국인 지역가입자의 건강보험 재정수지가 총 4231 억원 적자를 기록하고, 부정수급이 208 억원, 환수율이 50%에 못 미친다는 점이 지적되기도 했다.

그러나 현실적으로 많은 외국인 이주민들이 사회경제적으로 열악한 상황에 놓여있으며, 의료이용에 있어서도 서비스 접근성이 떨어지고 건강불평등을 겪을 가능성을 가지고 있다. 이주민이 의료보장 혜택을 받을 가능성이 낮은 것은 국내에 등록된 외국인 중 국민건강보험에 가입되어 있는 비율이 53%에 미치지 못하는 것으로도 예상할 수 있다(국민건강보험공단, 2016).

한국의 의료보장은 전국민의 국민건강보험 강제가입을 통해 이뤄지며 본인부담율에 따른 보장성의 차이는 있지만 내국인은 모두 건강보험에 가입한다. 하지만 외국인 건강보험 직장가입자 대상은 산업연수생(D-3), 비전문취업(E-9), 방문취업(H-4)만 해당하고 그 외에는 지역보험에 가입할 수 있다(「국민건강보험법」 제 109 조 제 2 항, 「국민건강보험법 시행령」 제 76 조 제 1 항 및

「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」 제 14 조). 직장가입자 자격이 되는 외국인근로자를 고용한 사용자는 해당 근로자를 고용한 날부터 14 일 이내에 직장가입 자격 취득 사실을 국민건강보험공단에 신고해야 하지만 강제 사항이 아니다. 외국인에 대한 지역보험료는 종교(D-6) 30%, 유학(D-2)과 일반 연수(D-4)는 50% 경감해주고 있다. 문제는 건설업이나, 가사도우미, 서비스업에 종사하는 외국인근로자들은 지역보험 가입 대상이 되나 실제 이들의 건강보험 가입률이 낮다는 것이다. 이 직종에 종사하는 이들이 대부분 중국동포들로 연령대가 높아 의료서비스에 대한 수요가 많다. ‘장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준’은 2005 년에 제정되어 외국인의 건강보험 가입이 가능하게 되었지만 2008년에 지역가입자요건에 3 개월 거주 조건이 붙고, 2015 년에는 3 개월 거주 조건에 더해 3 개월치 보험료 납부 조건이 추가되는 등 조금씩 강화되어 왔다.

장시간 저임금 노동에 종사하는 외국인근로자의 의료보험을 통한 의료보장이 되지 않는 경우, 이들은 막대한 의료비를 부담하게 되거나 (이상림, 2011; 행정자치부, 2016) 적절한 치료를 받지 못하여 생산성이 저하될 수 있다. 또한 여성결혼이민자의 경우는 저소득층에 속하는 취약계층이며 의료보장 혜택을 받지 못하면 건강문제 발생 시 보건의료이용 접근성이 낮아질 것으로 파악된다. 이처럼 국내 외국인주민의 두 축을 담당하는 외국인근로자 및 여성결혼이민자 뿐만 아니라 그 외 외국인주민도 의료보장이 되지 않는 경우, 의료이용의 제한을 받아 건강권이 침해 받을 수 있다(WHO, 2003). 이주민의 건강은 전염병의 예방과 의료서비스

제공과 관련한 사회적 부담 및 사회 의료비용의 절감이라는 측면에서 사회경제적인 중요성을 지닐 뿐만 아니라 인권적 측면에서도 다뤄져야 한다.

서울시는 전국에서 경기도(55 만 4160 명) 다음으로 많은 45 만 7806 명의 외국인주민이 거주하며 이는 전체 외국인주민의 약 26.3%를 차지하고 2030년에는 서울시 인구의 10%를 외국인주민이 차지할 것으로 예측된다(행정자치부, 2016). 2003년부터 매년 서울시민 중 내국인을 대상으로 이뤄지던 ‘서울서베이 도시정책지표조사’에 2009년부터는 외국인주민 2500 명도 함께 조사하여 결과를 정책에 활용하고자 하는 노력이 시작되었다. 한국으로 이주해온 외국인의 역사가 비교적 짧았던 관계로 외국인 이주민을 위한 의료보장의 역할이나 의료이용에 관련 국가차원의 조사자료 또는 실증연구가 부족하여 이에 대한 정책의 근거가 미흡한 실정이기에 서울시의 자료를 이용하여 외국인 이주민의 의료보장 여부 및 유형을 알아보고 또한 이들이 가지는 특성에 따라 의료이용이 어떠한 영향을 받는지 알아 볼 필요성이 있다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 외국인 이주민의 의료이용과 연관이 있다고 알려진 의료보장 가입여부와 가입종류에 미치는 외국인 이주민의 특성을 알아보며 서울시 외국인 이주민이 아플 때 의료이용을 하고 있는지 여부와 어떤 의료기관을 이용는지 파악하고, 관련 요인이 무엇인지 분석한다. 결과를 통해 외국인 이주민의 의료접근성을 향상시키기 위한 의료보장제도 및 의료이용 개선정책 및 외국인 정책의 근거를 마련하고자 한다.

- (1) -a. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유무에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
- (1) -b. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
- (2) -a. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 여부에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
- (2) -b. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 저해요인을 파악한다.
- (2) -c. 서울시 외국인 이주민의 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 문헌고찰

1. 외국인 및 이주민의 정의, 관련 정책

국가마다 정부에서 집계하는 외국인 및 이주민의 개념이 상이하지만 국제적으로 쓰이는 정의를 정리하면 다음과 같다. 한국어에는 이주의 방향성을 나타내는 단어가 없지만 UN 통계국에서는 해외이주(international migration)의 ‘방향’을 기준으로 다른 곳으로 옮겨가서 사는 이주민(*emigrant*)과 다른 지역에서 옮겨와서 사는 이주민(*immigrant*)을 구분하며, ‘기간’을 기준으로 최소 3 개월이상 12 개월미만 거주지를 옮긴 경우 ‘단기’, 최소 12 개월이상은 ‘장기’ 이주민으로 구분하도록 권고한다(UN, 1998). 그러나 국가간 이주민 보고서에는 주로 *emigrant* 나 *immigrant* 보다 *migrant* 라는 단어를 사용하며 인구총조사 자료가 주된 자료원으로 사용된다. 이 때 해외이주민(international migrant)이란 출생국과 다른 곳으로 이주해서 살고 있는 사람을 통칭한다(UN, 2016).

OECD 의 경우에는 외국태생인구(foreign born population)와 외국인인구(foreign population)를 국가별로 집계한다. ‘외국태생인구’(OECD, 2016a)는 출생지(origin)를 기준으로 정착국(destination country)에 사는 이주민 중 정착국 국적을 취득한 경우와 출생지의 국적을 계속 유지하는 경우를 모두 포함한다. ‘외국인인구’(OECD, 2016b)는 국적을 기준으로 하기 때문에 통계 집계국가에서 태어났더라도 그 나라의 국적을 가지지 않는 인구 및 외국태생인구 중 출생지 국적을 계속 유지하는

인구를 집계한 수치이며 흔히 ‘외국인’에 상응하는 개념으로 쓰인다.

한국 법무부에서 관리하는 ‘체류외국인’은 UN 권고기준과 다르게 ‘단기’는 90 일까지, ‘장기’는 91 일 이상 체류하는 외국인으로 나눈다. 장기체류외국인은 외국국적을 가지는 사람 중 외국인 등록을 한 사람을 지칭하며 재외동포가 거소신고를 하는 경우엔 외국인 등록을 한 것으로 같음한다. 장기체류외국인은 UN 통계 기준에서 이주민(immigrant)으로 볼 수 있으며 OECD 기준으로는 외국인인구로 분류할 수 있다.

반면, 행정자치부에서 관리하는 ‘외국인주민’은 한국에 거주하는 상태에 초점을 둔 개념으로, 법무부에서 관리하는 장기체류외국인을 포함하며 귀화 등을 통해 한국 국적을 취득한 사람과 외국인주민의 미성년 자녀도 포함하는 포괄적인 개념으로 ‘외국인’ 개념과 동일하게 볼 수 없다. 법무부는 출입국 등 국경관리와 외국인의 체류관리를 주목적으로 하고 있기에 현 국적이 중요한 분류기준이 될 수 있으며, 행정자치부나 여성가족부 등은 이주민들이 한국사회에 잘 적응할 수 있도록 하는데 목적을 두기 때문에 한국 국적 취득 후에도 잔존하는 이주민으로서의 특수성을 더 고려하는 것으로 보인다.

한국사회 이주민 관련 정책의 체계가 마련되기 시작한 시점은 2006년 5월 대통령 주재로 열린 제1회 외국인정책회의라고 볼 수 있다. 이 회의에서 정부는 ‘외국인정책 기본방향 및 추진체계’를 마련하였고, 그동안 각 부처가 개별적으로 추진하던 외국인 정책의 총괄적 추진을 위해 법무부 산하 ‘출입국관리국’을

‘출입국·외국인정책본부’로 확대·개편하였다. 또한 후속조치로 ‘재한외국인처우기본법’을 제정하여 외국인 정책을 종합적으로 수립, 추진할 수 있는 법적 근거를 마련하였다. 이 법에 근거하여 5년 단위로 진행되는 외국인정책 기본계획이 2008년 처음 시행되기 시작하였으며 이와 별개로 ‘다문화가족지원법’도 2008년부터 시행 중에 있다. 이처럼 국내 이주민 구성과 변화에 따라 관련 법률들이 제정, 시행되고 있으며 기존 법률에서 이주민의 체류, 고용, 사회보장 등과 관련된 법률을 개괄적으로 살펴보면 외국인의 출입과 체류를 규정한 ‘출입국 관리법’ 대한민국의 국민이 되는 요건을 정한 ‘국적법,’ 외국인근로자의 고용을 명문화한 ‘외국인근로자 고용 등에 관한 법률,’ 과 ‘근로기준법’이 있다. 이주민의 건강보호 및 증진과 직접적인 연관이 있는 법률로는 ‘국민건강보험법,’ ‘산업재해 보상보험법,’ ‘산업안전보건법,’ ‘국민건강증진법,’ ‘지역보건법,’ ‘전염병예방법,’ ‘후천성 면역결핍증 예방법,’ ‘응급의료에 관한 법률’ 등이 있다. 합법체류 이주민, 특히 외국인근로자의 경우에는 4대 사회보험이 적용되어 기본적인 사회보장 체계에 포함될 수 있으나 현실적으로는 가입장애요소가 존재할 수 있다. 여성 이주민의 경우, 한국인과 결혼한 결혼이주여성에게는 다문화가족지원법에 의거 다양한 지원책이 마련되어 있지만 노동현장 일반의 여성 이주민은 상대적으로 소외되어 있는 형편이다(김미선, 2009).

2. 이주민 의료이용에 관한 국외 연구, 이론적 배경

의료서비스 관련 접근성과 의료이용을 설명하는 이론적 틀로 가장 널리 쓰이는 모형은 Andersen 이 제안한 의료이용모형(health behavior model)으로, 1968 년에 처음 제안된 이후로 여러 번 수정되어 이용되고 있다. Andersen 의 초기모형은 의료이용을 세가지 요인군으로 설명했는데 의료이용의 성향을 나타나게 하는 1) 소인요인(인구학적 요인, 사회구조적 요인, 건강관련 믿음), 의료이용을 할 수 있게 해주는 2) 가능요인(개인자원, 가족자원, 지역사회자원), 3) 의료필요(환자주관적 필요, 전문가가 판단한 필요)로 구분하였으며 이 세가지 요인군이 소인요인부터 의료필요까지 순서적으로 영향을 주는 것으로 간주했다(Andersen, 1968). 그러나 이 요인들은 소인요인부터 의료필요에 다다르기까지 반드시 순서적으로 작용하는 관계에 있지 않으며, 소인요인에 속하는 사회구조적 요인은 개인의 통제를 넘어서기 때문에 개개인의 성향을 나타내는 소인요인에 속한다고 보기 어렵고, 이외에도 의료이용에 작용하는 결정요인들이 더 존재한다는 점에서 초기모형의 한계점이 드러났다. 그 후 Andersen 은 동료들과 함께 두번째 모형을 개발해냈는데 첫번째 모델이 가지고 있던 요인들의 병렬적 순서를 수정하고 보건의료체계를 네번째 요인군으로 추가하여 보건정책, 보건자원, 조직을 포함하도록 하였다. 또한 환자만족도를 의료이용의 결과로 모형에 덧붙여서 의료이용을 환자만족도의 중재요인(mediator)으로 만들었다. 1980 년대에 수정을 거친 Andersen 의 세번째 모형은 의료이용의 결정요인으로 신체적, 정치적, 경제적 요인을 아우르는 외부환경적 요인을

추가했다. 이에 따라 식생활, 운동, 자가치료 등 개인적 의료 행위도 의료이용으로 간주되어 의료이용은 ‘건강행위’의 개념으로 확장되었다. 이 모형은 여러 가지 행위를 설명할 수 있는 모형이지만 결과변수의 개념이 건강행위로 확장됨에 따라 예측변수로 제시된 요인들의 정확도가 떨어지게 되었다. 또한 초기모형에서 제시되었던 의료이용과 의료필요와의 인과관계를 뒤집어서 설명하는 모형이 되었다. 마지막으로 수정된 Andersen의 네번째 모형은 의료이용보다는 건강상태와 환자의 만족도를 예측하는 복잡한 모형이 되었다. 두번째와 세번째 모형에 포함시켰던 의료체계와 외부환경 등을 외부적 요인으로 분리시키고 초기모형대로 세 가지(소인요인, 가능요인, 필요) 인구학적 특성이 영향을 미치는 순서를 가지는 것으로 돌아갔다. 결과변수로 의료서비스이용 뿐만 아니라 개인의 의료 선택을 포함하여 의료행위를 설명하고 이러한 의료행위가 다시 인구학적 특성에 영향을 미치는 피드백 경로도 제안하였다(그림 1).

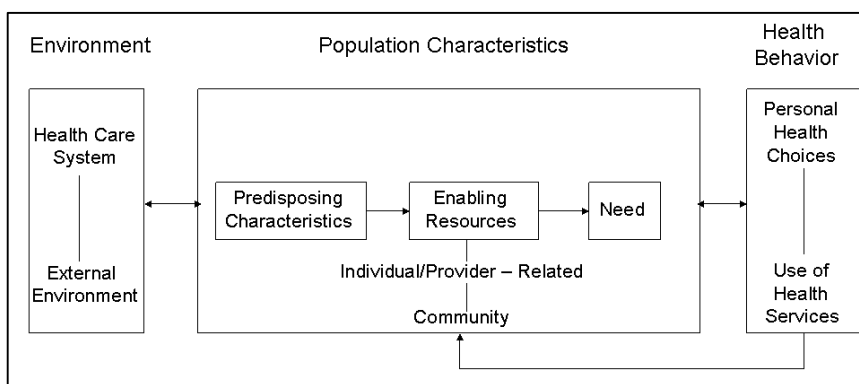


그림 1. Andersen(1995)의 의료이용 모형

Andersen의 의료이용모형은 그 후 노인(Evashwick, Rowe, Diehr, & Branch, 1984; Gelberg, Andersen, & Leake, 2000),

노숙자(Gelberg et al., 2000), 이주민(Akresh, 2009; Bustamante et al., 2012; Choi, 2009)과 같은 취약계층에 확대되어 사용되었다.

그러나 이주민 관련 연구에서는 주로 초기모형을 거의 그대로 사용(Akresh, 2009; S. Lee, Choi, & Jung, 2014)하거나 이주민과 관련된 요인(체류기간, 정착국 언어능력, 이주시 연령, 법적 지위 등)을 몇 가지 추가(Bustamante et al., 2012; Leclerc, Jensen, & Biddlecom, 1994)하는 정도의 시도만 있었다. 이를 바탕으로 이주민 의료이용에 대한 이론적 틀을 제시한 연구가 진행되었는데 개념화 한 모형은 그림 2 와 같으며 측정에 포함되는 개별 요인들은 일반적 또는 이주민 특성에서 기인한 것으로 나뉜다(Yang & Hwang, 2016).

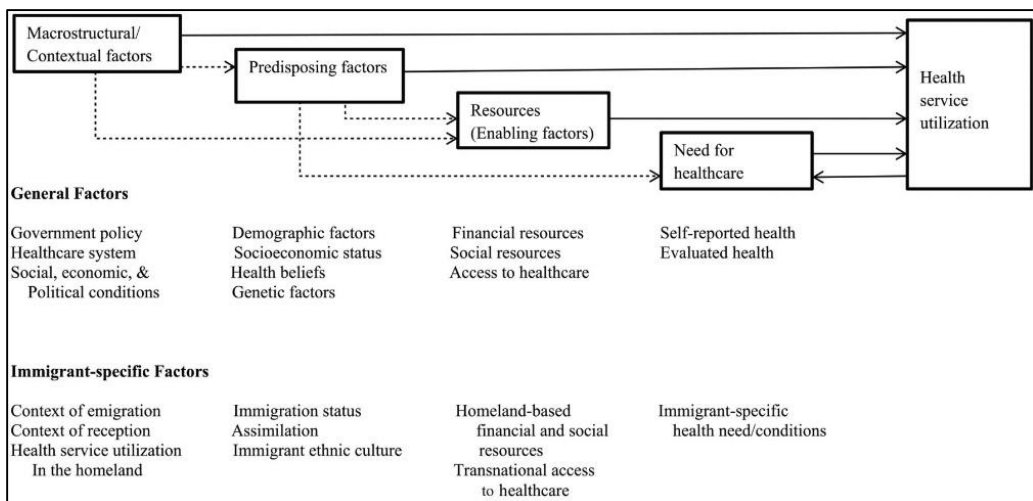


그림 2. 이주민 의료이용의 이론적 틀(Yang & Hwang, 2016)

(1) 의료필요(Need for healthcare)

의료필요는 의료이용에 가장 직접적이고 기본적인 결정력을 가지는 것이 자명하다. Andersen 모형과 마찬가지로 Yang(2016)의

모형에서도 필요를 두가지 유형으로 분류한다. 의료필요는 일반적으로 건강상태로 측정하는데 유형을 나눈다면 환자가 느끼는 필요와 전문가가 환자에게 필요하다고 평가하는 필요가 있다. 그 중 주관적 건강상태는 건강을 적절하게 대변하는 지표로 여겨진다(Y. Lee, 2000). 이주민 특징적 의료필요는 이주민의 출신국에 따라 다르게 나타날 수 있다. 미국자료를 예시로 들면, 미국태생에 비해 외국태생의 결핵이나 천식발생율이 더 높다(Prevention, 2013).

또한 국외 연구에서는 이주민과 내국인 간 시간의 흐름에 따라 의료필요의 차이가 나타나는 것이 확인되었다. 주로 건강한 사람들이 이주를 하기 때문에 이주민은 내국인보다 건강상태가 좋은 효과를 보이며 이를 “이민자 건강효과(healthy migrant effect)” 라고 부른다(McDonald & Kennedy, 2004). McDonald 와 Kennedy 는 젊고 건강하거나 경제적 여건이 허용되는 사람이 이주를 선택하였거나 이주민들이 의료서비스 이용을 적게 하여 유병률이 실제보다 적게 보고되기 때문에 이러한 효과가 나타나는 것으로 설명한다. 하지만 이주민의 체류기간이 늘어날수록 이민자 건강효과는 점차 사라지고 정착국태생의 주민과 점점 비슷해지는 경향을 보인다. 이는 이주민에게 정착과 문화적응 과정이 건강에 부정적인 영향을 미치거나 현지 주민에 비해 의료접근성이 떨어지기 때문이며 건강과 질병에 대한 인식이 현지 주민과 유사해지는 경향 또한 그 원인이 될 수 있다(Cho, Frisbie, Hummer, & Rogers, 2004; Frisbie, Cho, & Hummer, 2001; McDonald & Kennedy, 2004). LeClere et al.(1994)의 연구에서는

이민기간이 10 년 이상으로 증가할 때 대부분 현지 주민과의 건강수준 차이가 사라졌다.

(2) 자원(가능요인, Enabling factors)

의료이용의 맥락에서 자원이란 개개인이 의료서비스 이용을 할 수 있도록, 접근 가능하게 해주는 방법을 말한다. Yang & Hwang(2016)은 자원, 사회적 자원, 의료접근성으로 자원의 종류를 나눈다. 소득과 의료보험을 구입할 수 있는 능력은 자원 측정에 흔히 쓰이는 자료들인데 소득의 효과는 연구에 따라 다르게 나타나지만 의료보험은 이민자의 의료이용에 영향을 주는 일관성 있는 요인으로 평가되어왔다(Akresh, 2009; Bustamante et al., 2012; Leclerc et al., 1994).

사회적 자원 또는 사회적 자본은 여러 연구에서 의료이용에 영향을 미치는 것으로 나타난다(Choi, 2009; Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002; Veenstra et al., 2005). 가족, 친척, 친구, 동료 간 형성된 사회적 관계망을 통해 건강관련 정보를 공유하고 건강한 행동을 좇으며 불건강한 행동을 통제하는 기전이 있을 수 있고, 그 중에서도 특히 가족은 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다(Leclerc et al., 1994).

의료인이나 의료기관에 대한 접근성도 의료이용에 영향을 미치는 요인 중 하나이다. 외국인의 경우에는 언어사용이 능숙치 않을 때 통역의 유무는 중요한 역할을 할 수 있다(Barone, 2010; Hauck, Corr, Lewis, & Norman Oliver M MD, 2012).

이 밖에도 이주민이 특징적으로 활용할 수 있는 자원은 본국의 의료서비스로, 이주해온 나라의 의료서비스보다 출생국의 의료자원을 선호함으로써 거주국의 의료이용을 감소시키는 효과를 줄 수 있다(Bergmark, Barr, & Garcia, 2010).

(3) 소인요인(Predisposing factors)

이 범주에는 쉽게 바뀌지 않는 개인의 타고난 특성들이 속한다. 인구사회경제학적 요인, 건강에 대한 신념, 유전적 요인 등이 포함된다. 성별, 연령, 인종, 결혼상태, 교육수준, 고용상태 등을 예로 들 수 있다. 건강 신념이란 건강과 의료이용에 대해 가지는 개인의 태도, 지식, 가치 등을 포함하며 개인에게 인지된 질병의 위중도 등에 따라 의료이용이 달라지는 경우에서 나타날 수 있다. 기술이 발전함에 따라 유전정보 등도 소인요인에 속하지만 자료를 구할 수 있는 경우는 드물기 때문에 모형에 포함되기 어렵다.

이주민과 관련된 소인요인으로는 우선 이주민의 법적지위를 들 수 있다. 체류지위가 불법적인 경우 의료이용을 해야함에도 불구하고 미등록이주민에게 강제추방 정책을 고수하는 나라에서의 이주민은 의료이용을 쉽게 할 수 없다. 또한 이주민의 문화적응력에 따라서도 의료이용의 차이가 생길 수 있다. 정착국의 의료체계가 본국과 많이 다른 경우 새로운 체계에 적응해야 의료이용이 가능해지기 때문이다. 적응의 방법에는 여러 형태가 있겠지만 주로 언어습득과 이주대상국에서의 체류기간으로 측정되는 경우가 많다. 미국의 경우 영어구사력이 높을수록 의료체계 접근성이 높아지며(Akresh, 2009; Leclerc et al., 1994) 체류기간이 길수록 이주민의 의료이용 가능성을 높이는 것으로 알려져 있다(Leclerc et al., 1994). 그

외에도 이주민의 고유 문화가 의료이용에 영향을 미칠 수도 있다. 라틴계 이주민에게서는 질병을 신이 내린 벌로 간주하는 경우가 종종 나타나며 의료기관을 찾기보다는 대체의학을 찾거나 힐러에게 조언을 구하는 문화가 존재한다(Ransford, Carrillo, & Rivera, 2010). 중국을 비롯한 여러 아시아권에서는 전통, 대체의학을 오래전부터 이용해왔던 점도 의료이용 분석에 포함되어야 한다. 또한 의료진에 대한 신뢰감도 의료이용에 영향을 미치는 중요한 요인이다.

(4) 거시적/맥락 요인(Macrostructural/contextual factors)

Andersen 모형에서 포함되었던 보건정책 뿐만 아니라 정부의 기타 정책도 보건분야에 영향을 미칠 수 있다. 예를 들어 미국에서 1996 년도에 제정되었던 PRWORA 법은 합법적으로 체류하는 이민자에게도 체류 첫 5 년동안 메디케이드를 비롯한 공적서비스를 제한하는 취지로 입법되어 결과적으로 이주민의 의료접근성을 제한하고 의료이용도가 낮아졌다(Ellwood & Ku, 1998). 의료체계도 이주민의 의료이용에 큰 영향력을 행사할 수 있다. 오바마 대통령이 추진했던 “The Affordable Care Act” 는 합법적으로 체류하는 이주민들에게 의료보험 가입을 강제하여 의료이용을 촉진할 것으로 기대되었다. 그 외 거시적인 영향력을 가지는 경우는, 심각한 대공황으로 인한 실업률 증가, 낮은 임금, 본인부담금의 증가 등을 들 수 있고 내전, 사회불안 등도 의료이용에 부정적인 영향을 끼칠 것으로 예상할 수 있다.

거시적인 맥락에서 이주민 특성이 의료이용에 미치는 영향을 생각해보면 중요한 요인이 바로 이주의 맥락이다. 이주민이 어떤

상황에서 무슨 연유로 이주를 결심하게 되었는지에 따라 의료이용이 달라질 수 있는 것이다. 난민이나 망명인들은 자유롭게 의료이용을 하기 어려울 것이 쉽게 예상되며 보편적 의료보장이 실현되는 국가(캐나다, 영국)에서 온 이주민의 경우 보험가입에 대한 태도나 의료이용이 달라진다. 또한 정착국의 이주민 수용 태도가 어떠했는지도 영향을 미칠 수 있으며 이주민과 같은 인종/배경을 가진 커뮤니티가 존재하는 경우 사회적 자원과 연계되어 의료이용에 영향을 줄 수 있다.

3. 국내 연구

국내 연구는 이주민 전체를 대상으로 한 연구보다 외국인근로자 및 결혼이민자처럼 대상이 세분화되어 진행된 경우가 많다. 외국인근로자는 이주노동자라고 지칭되는 경우가 대부분이며 이주노동자에 관한 연구는 대부분 실태조사 위주인데, 이주노동자의 건강보험가입 여부를 건강보험카드 소지 여부를 통해 알아본 바 30.1%에 불과했으며 아픈 사람 중 병원에 간 횟수가 1번 이하인 경우가 29.5%로 상당수를 차지하였다(설동훈, 2005). 한국에 거주하는 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용과 관련요인에 관한 연구에서는 한국체류기간이 길어질수록 병의원 이용률이 증가하며 빈곤층일수록 외국인노동자 무료진료소 이용률이 높은 것으로 나타났고 의료보험이나 급여가 없는 비율은 10.5%로 나타났다(양숙자, 2010).

건강보험 정책연구원의 연구(이정면, 2016)에 따르면 최근 5년(2011~2015년) 데이터 기준으로 외국인 가입자는 전체 건강보험 가입자의 1.6%(802,500명)에 달하며 그 중 직장가입자 52.3%, 피부양자 21.7%, 지역가입자 25.9%를 차지한다. 성별로는 직장가입자는 남성의 비율이 높으며 피부양자 및 지역가입자에서는 여성의 비중이 높다. 연령대로 보면 직장가입자의 80%이상이 주요 경제활동연령대인 20~40대였으며 전체 외국인 가입자의 55%이상이 서울 및 경기도에 거주하는 것으로 나타났다. 국적으로 보면 중국이 42%, 베트남 9.8%, 미국 7.7%, 필리핀 4.5%, 인도네시아 4.4%로 중국국적이 압도적으로 많은 것을 알 수 있다. 의료이용 현황을 보면 외국인 가입자 중 약 40% 이상이

의료이용을 하는 것으로 나타났으며 전체 진료비(급여비) 중 직장 가입자의 의료비 비중은 29.6%(28.2%), 피부양자는 28.0%(28.5%), 지역가입자는 42.3%(43.2%)로 지역가입자의 진료비(급여비)가 가장 큰 것으로 나타나며 입원 비중도 지역가입자가 가장 높았다.

III. 연구모형과 방법

1. 연구모형

(1) 외국인 이주민의 정의

법무부에서 정의하는 장기체류외국인을 기준으로 하여 대한민국 국적을 가지지 않는 자는 외국인, 국내 체류기간이 90 일을 초과하는 자를 한국사회에 이주해와서 사는 이주민으로 정의하여 논의를 진행한다.

(2) 분석개요

가) 분석 I. 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석

분석 I에서는 서울서베이 자료원을 활용하여 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석을 다음의 두가지 과정을 통해 시행한다.

첫째, 외국인 이주민의 의료보장 여부에 영향을 미치는 요인을 파악한다. 개인의 인구사회학적, 건강 관련, 외국인 이주민 특성을 보정한 후 의료보장 여부를 비교한다.

둘째, 외국인 이주민 내에서 이들의 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인을 파악한다. 개인의 인구사회학적, 건강 관련, 외국인 이주민 특성 중 어떠한 요인이 의료보장 유형에 영향을 미치는지 파악한다.

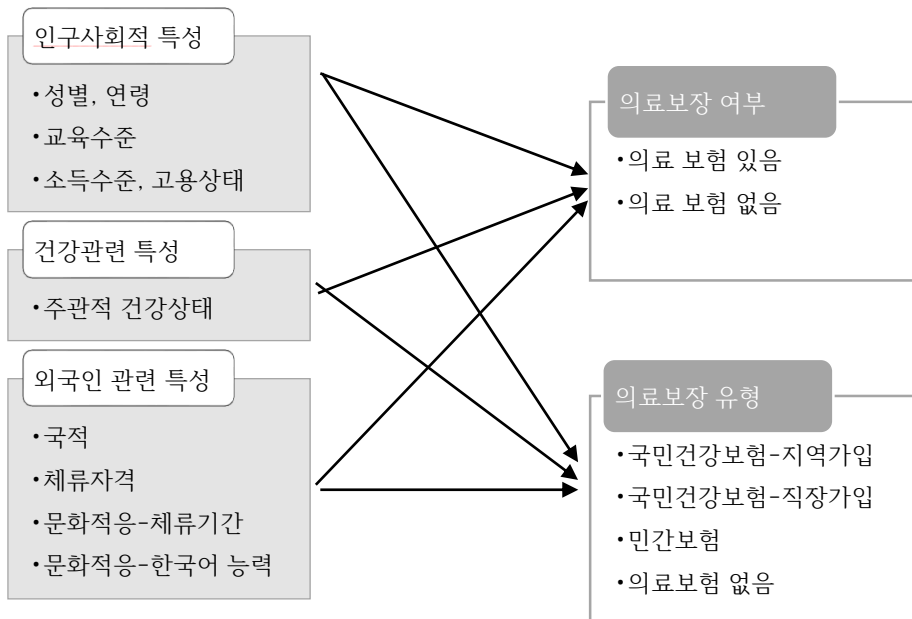


그림 3. 모형 I. 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석

분석Ⅱ에서는 같은 자료원에서 의료이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보고자 한다. 설명변수는 분석 I 과 동일하지만 의료보장 여부를 포함하여 첫째, 의료이용 여부에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 둘째, 이용하는 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 분석한다. 또한 의료이용을 하는 것으로 응답한 자를 대상으로 이용시 장애요인에 관해 비교한다.

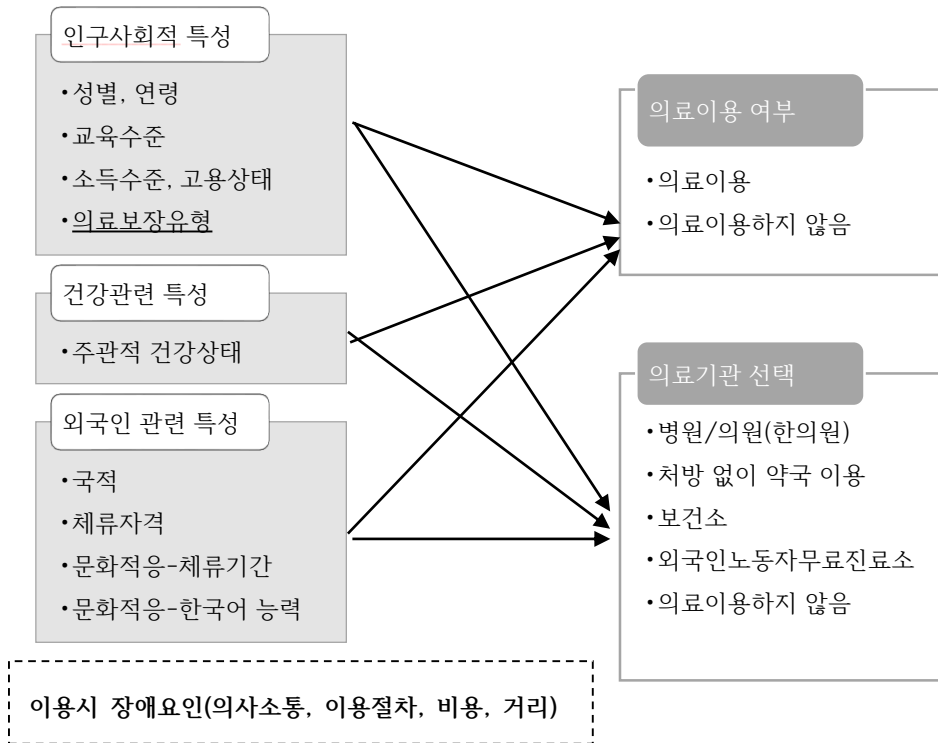


그림 4. 모형Ⅱ. 외국인 이주민의 의료이용에 관한 분석

2. 연구방법

(1) 자료원과 연구대상

서울시는 2003 년부터 서울시의 특성을 파악할 수 있는 통계자료 생성을 위해 매년 15 세이상 내국인 표본 20,000 가구를 대상으로 ‘서울서베이 도시정책지표조사’ (이하 서울서베이)를 실시해왔다. 2007 년부터는 외국인 1000 명도 포함되어 조사되기 시작하였고 2009 년부터는 외국인 표본이 2500 명으로 확대되었다. 본 연구의 자료원인 2015 년 실시된 서울서베이는 (주)메트릭스코퍼레이션이 담당하였으며 연구대상인 외국인 표본 2500 명의 모집단은 2015 년

10 월 1 일 현재 국내 91 일 이상 체류 중인 만 20 세 이상 서울시 거주 외국인이다. 조사기준 시점(2015 년 10 월 1 일) 에 서울시에서 제공한 “출입국 관리사무소 외국인등록 DB” 을 기준으로 하며 외국인은 조사시점에서 한국 외의 국적을 소지한 사람을 말한다. 따라서 체류기간 91 일 미만의 관광객 및 단기 체류자, 군인, 불법체류자는 제외된다. 서울에서의 삶의 질, 교통 및 환경, 서울의 물가 수준, 문화시설, 결혼생활, 건강, 사회 교류 및 일상생활, 정보수준, 주거 및 직업 등 총 35 개 항목에 관하여 2015 년 9 월 18 일부터 10 월 31 일까지 조사되었다. 조사시 외국인에 대한 접근성이 높은 거점으로 선정된 지역에서 각 모집단에 할당된 표본에 맞게 추출(층화 임의 할당 추출)하여 면접 설문 조사하였고 표본오차는 $\pm 1.96\%$ (95%신뢰수준)이다(서울특별시, 2016).

건강보장유무 및 유형 파악을 위한 분석 I 의 연구대상은 본인의 건강보장유형을 모르는 응답자와 무응답자(총 8 명, 0.32%)를 제외한 총 2492 명이며 의료이용에 관한 분석 II 의 연구대상자는 아플 때 주로 찾는 곳을 묻는 질문에 아프지 않다(106 명, 4.24%) 및 기타(6 명, 0.24%) 응답자를 분석 I 자료에서 제외하여 총 2380 명을 대상으로 하였다.

(2) 변수정의

① 종속변수

분석 I -1의 종속변수는 의료보장의 유무이다. 2015서울서베이 조사표 중 복수응답이 가능한 문항22번의 “귀하의 건강보험 또는 의료급여 형태는 다음 중 어느 것입니까?” 에 “아무것도

없다” 라고 응답한 경우 의료보장이 되지 않는 것으로, 그 외 응답자는 의료보장이 되는 것으로 판단하였다. 분석 I-2의 종속변수는 의료보장의 유형이다. 분석 I-1과 같이 문항22번에 “아무것도 없다” 응답자를 의료보장이 되지 않는 경우로, “개인 의료보험”, “직장가입 건강보험”, “지역가입 건강보험” 이 있다고 응답한 경우 각각에 해당하는 보험가입자로 판단하였다.

분석 II-1의 종속변수는 의료이용 여부이다. 2015서울서베이 조사표 중 21번 문항의 “귀하께서 아플 때 주로 찾는 곳은 어디입니까?” 에 “그냥 참는다” 라고 응답한 경우 의료이용하지 않는 것으로, 그 외 응답자는 의료이용을 하는 것으로 간주하였다. 분석 II-2의 종속변수는 의료기관종류이다. 분석 II-1과 같은 문항에 “병원/의원(한의원)”, “병원/의원 처방없이 약국 이용”, “보건소”, “외국인노동자 무료진료소” 를 찾는다고 응답한 경우 각각 해당하는 의료기관을 이용한 것으로 판단하였다.

표 1. 분석 I 의 종속변수

변수	설명
분석 I-1 의료보장 유무	0: 없음 1: 있음
분석 I-2 의료보장 유형	0: 없음, 1: 민간보험 0: 없음, 1: 건강보험-직장가입자 0: 없음, 1: 건강보험-지역가입자

표 2. 분석Ⅱ의 종속변수

변수	설명
분석 Ⅱ-1 의료이용 여부	0: 의료이용 하지 않음 1: 의료이용 함
분석 Ⅱ-2 (이용하는) 의료기관 유형	0: 의료이용 하지 않음 1: 외국인노동자 무료진료소 2: 보건소 3: 병원/의원 처방없이 약국 이용 4: 병원/의원(한의원)

② 독립변수

인구사회경제적 특성

Andersen의 의료이용 모형에서 소인적 요인으로 취급되는 인구학적 특성으로 성별, 연령을 포함하였고, 사회경제적 특성을 대변하는 변수로 교육수준, 소득수준, 고용상태, 의료보장형태(분석Ⅱ에만)를 포함하였다. 여기서 의료보장형태는 거시적/맥락 요인에 포함되는 것으로 볼 수 있다. 연령은 20대부터 조사되어서 세대별로 60대까지 구분하였다. 고용상태는 학생, 주부, 미취업, 비경제활동자와 같이 취업이 되지 않은 군, 상용근로자군, 마지막으로 임시/일용근로자나 고용형태 응답문항에 속하는 계약형태가 없는 응답자와 무급가족을 묶어서 분류하였는데 무급가족이 이처럼 분류된 것은 고용형태는 무급가족이어도 모두 소득수준을 월급으로 표시하여 유급으로 일함을 나타냈기 때문이다. 소득수준의 경우 월소득을 기준으로 조사되었으며 학생, 가정주부, 미취업자들의 소득은 파악되지 않았기 때문에 가장 적은 100만원 미만군으로 포함하였고 100만원 단위로 “400만원대 이상” 까지 소득군을 구분하였다.

건강관련 특성

건강관련 요인으로 의료필요를 측정할 수 있는 주관적 건강상태를 포함하였다. 주관적 건강상태를 나타내는 조사표 문항20의 “서울에 거주하면서 귀하가 느끼는 전반적인 건강상태는 어떻습니까?”에 대한 응답으로 “매우 좋다”, “좋은 편이다”, “보통이다” 응답자는 건강한 것으로, “나쁜

편이다” , ” 매우 나쁘다” 라고 응답한 경우는 불건강한 것으로 간주하였다.

외국인 이주민 특성

Anderson 의료이용 모형을 발전시킨 Yang(2016)의 이주민 관련 요인 중 자료원에서 사용할 수 있는 설문을 추려 분석에 포함시켰다. 국적, 비자로 구분되는 체류상태, 한국에서는 체류기간, 한국어 실력을 포함하였고 국적에 관하여 단일국가로 조사된 중국, 일본, 대만, 베트남 외 기타 아시아권은 한 집단으로 분류되었고 미국과 영미권은 같이 분류하였다. 그 외 유럽권은 묶여서 분류되었고 기타 국적은 준거집단으로 분석에 사용되었다. 체류자격은 기타 90일 이상 비자를 준거집단으로 하여 방문동거/동반/영주(F-1/3/5), 국민의 배우자(F-2), 전문직 취업(E-1부터 E-7까지), 비전문 취업(E-9), 방문취업(H-2), 산업연수(D-3) 또는 연수취업(E-8), 유학(D-2)로 조사된 대로 구분하였다. 체류기간은 1년 미만, 1년 이상에서 5년 미만, 5년 이상 거주자로 구분하였다. 한국어능력은 매우 서툰(1)에서 매우 잘함(5)까지 5점 척도로 말하기, 읽기, 쓰기, 듣기 부분에서 조사된 점수의 평균을 2점 미만인 경우 ‘서투름’ , 2점이상 4점 미만인 경우 ‘보통’ , 4점 이상인 경우 ‘잘함’ 으로 판단하였다.

표 3. 독립변수

구분	변수 명	설명
인구 사회 경제적 특성	성별	0: 여자 1: 남자
	연령	20: 20 대, 30: 30 대, 40: 40 대 50: 50 대, 60: 60 대 이상
	교육수준	0: 중학교 졸업 이하 1: 전문대 졸업 이하 2: 대학교 졸업 이상
	고용상태	0: 학생, 주부, 미취업, 비경제활동자 1: 상용근로자 2: 임시, 일용근로자, 무급가족 응답문항에 해당되는 고용형태 없는 경우 3: 자영업자, 고용자
	월소득	0: 100 만원 미만, 1: 100 만원대, 2: 200 만원대, 3: 300 만원대, 4: 400 만원대 이상
건강관 련 특성	주관적 건강상태	0: 불건강 (매우 나쁨, 나쁜 편) 1: 건강 (보통, 좋은 편, 매우 좋음)
외국인 이주민 특성	국적	1: 중국, 2: 일본, 3: 대만, 4: 베트남, 5: 기타 아시아권, 6: 미국, 영미권,

	7: 유렵권, 8: 기타(준거집단)
체류자격	1: 방문동거, 동반, 영주 2: 국민의 배우자 3: 전문직 취업 4: 비전문직 취업 5: 방문취업 6: 산업연수 또는 연수취업 7: 유학 8: 기타 90 일 이상 비자(준거집단)
체류기간	0: 1 년 미만, 1: 1 년 이상, 5: 5 년 이상
한국어 능력(말하기/듣기/읽기/ 쓰기 평균점수)	0: 서툰 (2 점 미만) 1: 보통 (2 점 이상 4 점미만) 2: 잘 함 (4 점 이상)

(2) 분석방법과 분석 모형

분석 I에서는 2015 년 서울서베이 외국인 자료원을 활용하여 종속변수가 의료보장 여부인 분석 I-1에서는 이항 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression)을 실시한다.

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=1)}{1-\text{Pr}(Y=1)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

Y=0:의료보장 없음(준거집단), Y=1:의료보장 있음

X₁:인구사회학적 특성, X₂:건강 관련 특성, X₃: 외국인

이주민 관련 특성

ε:오차항

분석 I-2에서는 의료보장을 민간보험, 건강보험(지역가입), 건강보험(직장가입)로 구분되므로, 다항로지스틱회귀분석(multiple logistic regression)을 실시하여 의료보장 수단이 없는 경우와 대비하여 세가지 유형 각각의 의료보장을 가질 확률에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=1)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=2)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=3)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

Y=0:의료보장 없음(준거집단), Y=1:민간보험 있음

Y=2:건강보험(지역가입) 있음, Y=3:건강보험(직장가입)

있음

X₁:인구사회학적 특성, X₂:건강 관련 특성, X₃: 외국인

이주민 관련 특성

ε:오차항

분석Ⅱ-1에서는 같은 자료를 활용해 의료이용 여부를 종속변수로 보고 이항로지스틱회귀분석을 함으로써 의료이용을 할 확률에 유의한 영향을 끼치는 요인을 알아본다.

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=1)}{1-\text{Pr}(Y=1)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

Y=0:의료이용 하지 않음(준거집단), Y=1:의료이용 함

X₁:인구사회학적 특성, X₂:건강 관련 특성, X₃: 외국인

이주민 관련 특성

ε:오차항

분석Ⅱ-2에서는 동일한 자료원으로 의료이용을 어느 기관에서 하는지 의료기관 유형을 종속변수로 보고 의료이용을 하지 않는 군에 비해 각 의료기관을 이용할 확률에 유의한 영향을 미치는 요인을 확인한다.

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=1)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=2)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=3)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

$$\text{Log} \left[\frac{\text{Pr}(Y=4)}{\text{Pr}(Y=0)} \right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \varepsilon$$

Y=0:의료이용 하지 않음(준거집단)

Y=1:외국인노동자 무료진료소

Y=2:보건소

Y=3:병의원 처방없이 약국

Y=4: 병의원(한의원)

X₁:인구사회학적 특성, X₂:건강 관련 특성, X₃: 외국인

이주민 관련 특성

ε:오차항

IV. 서울시 외국인 이주민의 의료보장에 관한 분석

1. 분석 I - 1. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유무에 영향을 미치는 요인

(1) 서울시 외국인 이주민의 일반적 특성 및 의료보장 여부

연구대상자는 2015년 서울서베이 외국인 응답자이며 최종 분석대상은 2492명이다. 남녀의 비율은 같았으며 연령은 20대와 30대가 65%이상으로 과반수를 차지하였고 연령 범위는 21세부세 69세로 나타났다. 교육수준은 전문대학교 졸업 수준 이상의 응답자가 61%를 넘는 고등교육 수준이 높은 자료원임을 알 수 있다. 고용형태는 상용근로자와 임시, 일용직 근로자가 각각 28%, 40%로 다르며 자영업자와 고용자는 매우 적다. 소득은 자기기업으로 조사되었고 월소득이 100만원 이하, 100만원대에 속하는 응답자가 절반을 차지했고 학생, 전업주부, 미취업자에 대해서는 소득이 조사되지 않았으며 이들은 전체의 30%가량을 차지했다. 주관적 건강상태는 ‘좋은편이다,’ ‘매우 좋음’으로 응답한 경우가 75%로, 본인의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 응답자가 많았다. 국적은 중국인이 38%로 가장 많았고 영미권 국적을 가진 응답자 16%, 기타 아시아권 국적자 12%, 그 외 국적자는 각 6-8%를 차지했다. 체류자격의 형태 중 ‘기타 90일이상 체류비자’는 34%로 가장 큰 비율을 차지하였다. 비전문직 취업비자 16%, 방문취업비자 12%가 그 뒤를 이으며 취업비자로 체류하는 외국인을 합하면 42%에 달한다. 국민의 배우자로서 체류하는 외국인은 10%, 유학생도 7.5%를 차지해

적지않은 비율을 보였다. 체류기간으로 구분하면 2년 미만으로 체류하는 비율이 절반을 넘고 체류기간 평균 또한 2년6개월로 계산된다. 5년이상 체류하는 경우는 16%정도 였으며 가장 오래 거주한 응답자의 체류기간은 21년이였다. 한국어 능력은 48%의 응답자가 ‘보통’ 이라고 응답하였으며 5점 척도의 평균점수(2.99점)도 ‘보통’ 해당하는 3점에 근접했다. ‘잘함’ 이라고 응답한 경우(33%)가 서툴다(20%)고 대답한 응답자보다 많아서 주관적으로 한국어 능력을 높게 평가하는 응답자가 더 많았다.

표 4. 일반적 특성(N=2492)

변수		빈도	백분율(%)
인구사회경제적 특성			
성별	여	1242	49.8
	남	1250	50.2
연령	20-29	740	29.7
	30-39	911	36.6
	40-49	385	15.5
	50-59	298	12.0
	>60	158	6.3
	평균±표준편차	37.38±11.66	
교육수준	초등학교졸업(무학, 중퇴포함)	15	0.6
	중학교졸업(중퇴포함)	265	10.6
	고등학교졸업(중퇴포함)	690	27.7
	전문대학교졸업(재학, 중퇴포함)	448	18.0

	대학교졸업(재학, 중퇴포함)	941	37.8
	대학원수료, 졸업(재학, 중퇴포함)	133	5.3
고용형태	학생, 전업주부, 미취업	763	30.6
	상용근로자	692	27.8
	임시근로자	667	26.8
	일용근로자	286	11.5
	단독자영업자	50	2.0
	고용주	15	0.6
	무급가족 종사자	9	0.4
	해당 없음	10	0.4
월소득	100만원 미만	196	7.9
	100만원대	920	36.9
	200만원대	332	13.3
	300만원대	112	4.5
	400만원대 이상	169	6.8
	학생, 전업주부, 미취업	763	30.6
건강관련 특성			
주관적	매우 나쁨	32	1.3
건강상태	나쁜 편	84	3.4
	보통	533	21.4
	좋은 편	1232	49.4
	매우 좋음	611	24.5
외국인 이주민 특성			
국적	중국	944	37.9

	일본	200	8.0
	대만	199	8.0
	베트남	150	6.0
	기타 아시아권	300	12.0
	미국	249	10.0
	영미권	150	6.0
	유럽권	150	6.0
	기타	150	6.0
체류자격	방문동거, 동반, 영주	164	6.6
	국민의 배우자	237	9.5
	전문직 취업	252	10.1
	비전문직 취업	395	15.9
	방문취업	296	11.9
	산업연수 또는 연수취업	111	4.5
	유학	188	7.5
	기타 90일이상 비자	849	34.1
체류기간	1년 미만	517	20.8
	1년이상 2년 미만	801	32.1
	2년이상 3년 미만	413	16.6
	3년이상 4년 미만	229	9.2
	4년이상 5년 미만	142	5.7
	5년이상	390	15.7
	평균±표준편차	2.52±3.24	
한국어능력	서툰	486	19.5

보통	1185	47.6
잘 함	821	33.0
평균±표준편차	2.99±1.20	
합계	2492	100

서울시 외국인 이주민 중 의료보장을 받는 비율은 66%이며 각 요인별로 의료보장 여부와 독립성을 검정하여 p-value 로 표시하였다. 인구사회경제적 특성 중 성별, 고용형태는 의료보장과 독립적인 것으로 나타나며 그 외 연령, 교육수준, 월소득은 의료보장 여부와 유의하게 관련이 있는 것으로 보인다. 건강관련 특성으로 주관적 건강수준은 의료보장과 유의한 관련이 없으며 외국인 이주민 관련 특성은 국적, 체류자격, 체류기간, 한국어 능력 모두 의료보장 여부와 관련이 있는 것으로 나타났다.

표 5. 의료보장 여부에 따른 분포

변수		의료보장				
		없음		있음		χ^2 검정
		N	%	N	%	
인구사회경제적 특성						
성별	여	429	34.5	813	65.5	0.5336
	남	417	33.4	833	66.6	
연령	20-29	263	35.5	477	64.5	0.0948*
	30-39	289	31.7	622	68.3	
	40-49	148	38.4	237	61.6	
	50-59	91	30.5	207	69.5	

	>60	55	34.8	103	65.2	
교육	중학교 졸업 이하	110	39.3	170	60.7	0.040**
수준	전문대 졸업 이하	396	34.8	742	65.2	
	대학교 졸업 이상	340	31.7	734	68.3	
고용	학생,가정주부,미취업	243	31.9	520	68.2	0.4438
형태	상용근로자	235	34.0	457	66.0	
	임시, 일용직 외	346	35.6	626	64.4	
	자영업자, 고용자	22	33.9	43	66.2	
월소득	100만원 이하	68	34.7	128	65.3	<.0001***
	100만원대	365	39.7	555	60.3	
	200만원대	99	29.8	233	70.2	
	300만원대	29	25.9	83	74.1	
	400만원대 이상	42	24.9	127	75.2	
	학생,가정주부,미취업	243	31.9	520	68.2	
건강관련 특성-주관적 건강						
	나쁨	43	37.1	73	62.9	0.4673
	좋음	803	33.8	1573	66.2	
외국인 이주민 특성						
국적	중국	413	43.8	531	56.3	<.0001***
	일본	34	17.0	166	83.0	
	대만	62	31.2	137	68.8	
	베트남	49	32.7	101	67.3	
	기타 아시아권	94	31.3	206	68.7	
	영미권	98	24.6	301	75.4	

	유럽권	42	28.0	108	72.0	
	기타	54	36.0	96	64.0	
체류	방문동거, 동반, 영주	53	32.3	111	67.7	<.0001***
자격	국민의 배우자	52	21.9	185	78.1	
	전문직 취업	44	17.5	208	82.5	
	비전문직 취업	160	40.5	235	59.5	
	방문취업	134	45.3	162	54.7	
	산업, 연수취업	54	48.7	57	51.4	
	유학	69	36.7	119	63.3	
	기타 비자	280	33.0	569	67.0	
체류	1년 미만	206	39.9	311	60.2	<.0001***
기간	1년 이상	540	34.1	1045	65.9	
	5년 이상	100	25.6	290	74.4	
한국어	서툰	173	35.6	313	64.4	0.0433**
능력	보통	373	31.5	812	68.5	
	잘 함	300	36.5	521	63.5	
합계		846	34.0	1646	66.1	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

(2) 서울시 외국인 이주민의 의료보장에 영향을 미치는 요인

의료보장 여부를 종속변수로 설정하고 각 독립변수의 영향력을 로지스틱 회귀분석으로 알아본 결과, 성별로 인한 차이는 나타나지 않았다. 연령의 경우 20대에 비해 30대, 40대의 의료보장 여부는 다르지 않았으나 50대는 의료보장 받을 가능성이 유의하게 높아졌다($OR=1.51$, $p<0.05$). 60대의 경우에도 높아졌으나 유의하지는 않았다. 교육수준은 고등학교 졸업 수준 이상($OR=1.31$, $p<0.1$)이거나 대학교 졸업 이상($OR=1.39$, $p<0.1$)인 경우 의료보장 받을 확률이 중학교 졸업 이하 학력군보다 유의하게 높았다. 소득은 월소득 100만원대인 대상자가 100만원 이하인 대상자들보다 의료보장 받을 가능성이 더 낮았다($OR=0.71$, $p<0.1$). 소득영향으로 인한 효과는 월소득이 높은군에서 의료보장 확률이 낮아지는 결과를 보였으나 유의하지는 않았다. 외국인 이주민 특성을 보여주는 국적 중에서 중국인의 경우 의료보장 가능성이 기타국가에 비해 유의하게 낮았으며($OR=0.69$, $p<0.1$) 일본($OR=2.83$, $p<0.01$)과 영미권($OR=1.49$, $p<0.1$) 응답자일 경우 기타국가보다 의료보장을 받는 경우가 유의하게 높았다. 체류자격 중 의료보장 가능성을 높이는 형태는 국민의 배우자($OR=2.27$, $p<0.01$) 및 전문직 취업($OR=2.50$, $p<0.01$)이었으며 기타 비자유형은 유의한 결과를 보이지 않았다. 체류기간은 1년 이상($OR=1.31$, $p<0.05$), 5년 이상($OR=1.70$, $p<0.01$)으로 늘어남에 따라 의료보장 확률이 높아졌고 한국어 능력도 서툰 군에 비하여 ‘보통’ ($OR=1.37$, $p<0.01$) 및 ‘잘함’ ($OR=1.26$, $p<0.1$)으로 분류된 응답자의 의료보장 받는

오즈비가 높았다. 그 외 고용형태, 주관적 건강상태는 유의한 영향을 미치지 못하였다.

표 6. 의료보장 여부에 영향을 미치는 요인

		의료보장 여부	
		OR	(95% 신뢰구간)
성별 (rf=여)	남	1.10	(0.92-1.32)
(rf=20-29)	연령 30-39	1.09	(0.86-1.38)
	40-49	0.91	(0.67-1.23)
	50-59	1.51**	(1.07-2.14)
	>60	1.41	(0.92-2.16)
교육수준 (rf=중졸이하)	전문대 졸업 이하	1.31*	(0.97-1.77)
	대학교 졸업 이상	1.39*	(0.98-1.95)
고용형태 (rf=비경제활동)	상용근로자	1.13	(0.69-1.87)
	임시,일용직 외	1.29	(0.84-1.97)
	자영업자,고용자	1.11	(0.56-2.19)
월소득 (rf=100만원 이하)	100만원대	0.71*	(0.49-1.03)
	200만원대	0.83	(0.53-1.29)
	300만원대	0.66	(0.36-1.21)
	400만원대 이상	0.68	(0.38-1.21)
주관적 건강상태	좋음 (rf=나쁨)	1.16	(0.77-1.73)
국적 (rf=기타)	중국	0.69*	(0.44-1.07)
	일본	2.83***	(1.70-4.73)
	대만	1.04	(0.61-1.75)
	베트남	0.89	(0.51-1.58)
	기타 아시아권	1.22	(0.78-1.90)
	영미권	1.49*	(0.97-2.28)

	유럽권	1.45	(0.88-2.40)
체류자격	방문동거, 동반, 영주	1.26	(0.84-1.87)
(rf=기타 90 일	국민의 배우자	2.27***	(1.52-3.40)
이상 비자)	전문직 취업	2.50***	(1.68-3.74)
	비전문직 취업	1.29	(0.90-1.86)
	방문취업	1.17	(0.79-1.74)
	산업, 연수취업	0.89	(0.55-1.43)
	유학	1.06	(0.72-1.54)
체류기간	1 년 이상	1.31**	(1.05-1.62)
(rf=1 년 미만)	5 년 이상	1.70***	(1.21-2.40)
한국어 능력	보통	1.37***	(1.08-1.74)
(rf=서툰)	잘 함	1.26*	(0.97-1.63)
AIC		3092	
SC		3290	
-2 Log L		3024	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

OR=odds ratio, rf=reference (준거집단), 비경제활동=학생, 주부, 미취업자

2. 분석 I - 2. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인

(1) 서울시 외국인 이주민의 일반적 특성 및 의료보장 유형

의료보장을 받는 응답자는 복수응답이 가능한 의료보장 유형 설문에서 의료보장 유형을 하나라도 가지고 있는 경우에 해당하기 때문에 총 66%에 달하지만 각 유형별로 보면 가입률의 차이가 나타난다. 건강보험과 민간보험을 둘 다 가진 응답자는 전체의 1%인 30 명에 불과했다. 의료보장의 유형별로 나눠서 보면 민간보험(28%)과 국민건강보험 직장가입자(28%)가 많은 반면 지역가입자(11.6%)는 그의 절반에 미치지 못한다. 외국인 노동자 의료공제조합에 가입했거나 기타 유형의 의료보장을 받고 있다고 응답한 대상자는 없었다.

표 7. 의료보장 유형별³ 가입자

	의료보장		민간보험		건강보험-직장		건강보험-지역	
	N	%	N	%	N	%	N	%
없음	846	34.0	1807	72.5	1789	71.8	2204	88.4
있음	1646	66.1	685	27.5	703	28.2	288	11.6
합계							2492	100%

³ 직장가입 건강보험, 지역가입 건강보험, 외국인 노동자 의료공제조합, 민간보험, 기타 중 복수응답 가능

민간보험에 가입한 대상자는 성별로 유의한 차이를 보이지 않았다. 연령과 민간보험 가입여부는 유의한 관계가 있고 특히 40대에서 가입률이 22%로 가장 낮았으며 50대(34%)에서 가장 높았다. 민간보험 가입자는 교육수준이 가장 낮은 중학교 졸업 이하군(27%)에서 가장 낮고 그보다 높은 학력군에서는 가입률이 약간 증가하였지만 유의하지 않았다. 고용형태는 민간보험 가입율과 유의한 관계가 있는 것으로 나타났으며 학생, 가정주부, 미취업자 등 비경제활동 군에서 민간보험 가입률(32%)이 가장 높았으며 반대로 자영업자와 고용자의 가입률(17%)은 가장 낮게 나타났다. 소득수준에서는 월소득이 높아질수록 민간보험 가입자가 늘어나는 추세는 보이지 않았지만 유의한 관계는 있는 것으로 보이며($p=0.0003$) 오히려 소득이 가장 적은 100만원 이하군의 가입률(36%)이 가장 높았다. 주관적 건강상태에 따라서도 가입율의 차이는 크게 나타나지 않았다. 외국인 이주민 특성 중 체류기간을 제외하고는 모두 민간보험 가입률과 유의한 관계가 있는 것으로 보인다. 가장 가입률이 낮은 국적은 일본(23%)이었으며 높은 국적은 유럽권(36%)이었고 체류자격 중 가입률이 가장 낮은 자격은 산업연수/연수취업 비자(14%)였다. 한국어 능력은 ‘보통’인 군에서 가입률이 31%로 가장 높게 나타났다.

표 8. 민간보험 가입 여부에 따른 분포

변수		민간보험				χ^2 검정 p-value
		없음		있음		
		N	%	N	%	
인구사회경제적 특성						
성별	여	885	71.3	357	28.7	0.1615
	남	922	73.8	328	26.2	
연령	20-29	514	69.5	226	30.5	0.0017***
	30-39	684	75.1	227	24.9	
	40-49	299	77.7	86	22.3	
	50-59	198	66.4	100	33.6	
	>60	112	70.9	46	29.1	
교육	중학교 졸업 이하	205	73.2	75	26.8	0.9275
수준	전문대 졸업 이하	827	72.7	311	27.3	
	대학교 졸업 이상	775	72.2	299	27.8	
고용	학생,가정주부,미취업	522	68.4	241	31.6	0.0014***
형태	상용근로자	529	76.5	163	23.6	
	임시, 일용직 외	702	72.2	270	27.8	
	자영업자, 고용자	54	83.1	11	16.9	
월소득	100만원 이하	125	63.8	71	36.2	0.0003***
	100만원대	693	75.3	227	24.7	
	200만원대	251	75.6	81	24.4	
	300만원대	82	73.2	30	26.8	
	400만원대 이상	134	79.3	35	20.7	

	학생/가정주부/미취업	522	68.4	241	31.6	
건강관련 특성-주관적 건강						
	나쁨	86	74.1	30	25.9	0.6879
	좋음	1721	72.4	655	27.6	
외국인 이주민 특성						
국적	중국	674	71.4	270	28.6	0.0494**
	일본	155	77.5	45	22.5	
	대만	139	69.9	60	30.2	
	베트남	103	68.7	47	31.3	
	기타 아시아권	227	75.7	73	24.3	
	영미권	298	74.7	101	25.3	
	유럽권	96	64.0	54	36.0	
	기타	115	76.7	35	23.3	
체류	방문동거, 동반, 영주	126	76.8	38	23.2	0.0165**
자격	국민의 배우자	166	70.0	71	30.0	
	전문직 취업	188	74.6	64	25.4	
	비전문직 취업	296	74.9	99	25.1	
	방문취업	207	69.9	89	30.1	
	산업,연수취업	95	85.6	16	14.4	
	유학	134	71.3	54	28.7	
	기타 비자	595	70.1	254	29.9	
체류	1년 미만	362	70.0	155	30.0	0.3605
기간	1년 이상	1159	73.1	426	26.9	
	5년 이상	286	73.3	104	26.7	

한국어	서툰	356	73.3	130	26.8	<.0001***
능력	보통	814	68.7	371	31.3	
	잘 함	637	77.6	184	22.4	
합계		1807	72.5	685	27.5	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

건강보험 직장가입자는 조사된 세 가지 의료보장유형 중 가입자가 703 명으로 가장 많다. 민간보험과는 달리 건강보험 직장가입률은 남성(31%)에서 가입률이 유의하게 높고 연령과도 유의한 관계가 있는 것으로 보인다. 특히 30 대(33%)의 가입률이 높고 고용형태 중에서는 자영업자나 고용자의 가입률(42%)이 가장 높게 나타났다. 월소득은 가입률과 유의한 관계가 있었고 월소득이 높을수록 가입률도 높아졌다. 외국인 이주민 특성은 요인별로 모두 유의한 것으로 나타났는데 국적 중에는 중국(20%의 가입률이 가장 낮았고 영미권(44%)과 일본(40%)의 가입률이 매우 높았다. 체류자격별로 볼 경우, 전문직 취업비자(51%)를 가진 경우 직장가입자 비율이 가장 높았으며 방문취업(18%)의 경우 가장 가입률이 낮았다. 체류기간이 길수록 가입율은 높아졌고 한국어 능력에 대해서는 가입율에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

표 9. 건강보험 직장가입 여부에 따른 분포

변수		건강보험-직장				χ^2 검정
		없음		있음		
		N	%	N	%	
인구사회경제적 특성						
성별	여	926	74.6	316	25.4	0.0022***
	남	863	69.0	387	31.0	
연령	20-29	563	76.1	177	23.9	0.0009***
	30-39	609	66.9	302	33.2	
	40-49	281	73.0	104	27.0	
	50-59	220	73.8	78	26.2	
	>60	116	73.4	42	26.6	
교육	중학교 졸업 이하	214	76.4	66	23.6	0.112
수준	전문대 졸업 이하	821	72.1	317	27.9	
	대학교 졸업 이상	754	70.2	320	29.8	
고용	학생,가정주부,미취업	581	76.2	182	23.9	<.0001***
형태	상용근로자	461	66.6	231	33.4	
	임시, 일용직 외	709	72.9	263	27.1	
	자영업자, 고용자	38	58.5	27	41.5	
월소득	100만원 이하	158	80.6	38	19.4	<.0001***
	100만원대	681	74.0	239	26.0	
	200만원대	213	64.2	119	35.8	
	300만원대	67	59.8	45	40.2	
	400만원대 이상	89	52.7	80	47.3	

학생,가정주부,미취업		581	76.2	182	23.9	
건강관련 특성-주관적 건강						
나쁨		88	75.9	28	24.1	0.3182
좋음		1701	71.6	675	28.4	
외국인 이주민 특성						
국적	중국	759	80.4	185	19.6	<.0001***
	일본	121	60.5	79	39.5	
	대만	140	70.4	59	29.7	
	베트남	110	73.3	40	26.7	
	기타 아시아권	220	73.3	80	26.7	
	영미권	223	55.9	176	44.1	
	유럽권	111	74.0	39	26.0	
	기타	105	70.0	45	30.0	
체류	방문동거, 동반, 영주	104	63.4	60	36.6	<.0001***
자격	국민의 배우자	154	65.0	83	35.0	
	전문직 취업	124	49.2	128	50.8	
	비전문직 취업	297	75.2	98	24.8	
	방문취업	243	82.1	53	17.9	
	산업,연수취업	80	72.1	31	27.9	
	유학	146	77.7	42	22.3	
	기타 비자	641	75.5	208	24.5	
체류	1년 미만	414	80.1	103	19.9	<.0001***
기간	1년 이상	1128	71.2	457	28.8	
	5년 이상	247	63.3	143	36.7	

한국어	서툰	329	67.7	157	32.3	0.0567*
능력	보통	871	73.5	314	26.5	
	잘 함	589	71.7	232	28.3	
합계		1789	71.8	703	28.2	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

건강보험 지역가입자는 12% (288 명)으로 다른 보험유형보다 가입자 수가 비교적 적은 것을 알 수 있다. 직장가입자와는 다르게 인구사회경제적 특성 및 주관적 건강 상태에서도 유의한 차이는 나타나지 않는다. 그러나 외국인 이주민 특성 중에서는 국적에서 영미권(7.5%)의 가입률이 낮고 일본(22.5%)이 가장 높게 나타나는 유의한 차이를 보이며 한국어 능력이 좋을수록 가입률이 유의하게 높은 것을 알 수 있다.

표 10. 건강보험 지역가입 여부에 따른 분포

변수		건강보험-지역				
		없음		있음		χ^2 검정
		N	%	N	%	
인구사회경제적 특성						
성별	여	1086	87.4	156	12.6	0.1184
	남	1118	89.4	132	10.6	
연령	20-29	660	89.2	80	10.8	0.795
	30-39	804	88.3	107	11.8	
	40-49	334	86.8	51	13.3	
	50-59	265	88.9	33	11.1	
	>60	141	89.2	17	10.8	
교육	중학교 졸업 이하	249	88.9	31	11.1	0.608
수준	전문대 졸업 이하	1013	89.0	125	11.0	
	대학교 졸업 이상	942	87.7	132	12.3	
고용	학생,가정주부,미취업	658	86.2	105	13.8	0.144
형태	상용근로자	620	89.6	72	10.4	
	임시, 일용직 외	867	89.2	105	10.8	
	자영업자, 고용자	59	90.8	6	9.2	
월소득	100만원 이하	175	89.3	21	10.7	0.3058
	100만원대	818	88.9	102	11.1	
	200만원대	298	89.8	34	10.2	
	300만원대	102	91.1	10	8.9	
	400만원대 이상	153	90.5	16	9.5	

	학생,가정주부,미취업	658	86.2	105	13.8	
건강관련 특성-주관적 건강						
	나쁨	100	86.2	16	13.8	0.4404
	좋음	2104	88.6	272	11.5	
외국인 이주민 특성						
국적	중국	860	91.1	84	8.9	<.0001***
	일본	155	77.5	45	22.5	
	대만	175	87.9	24	12.1	
	베트남	136	90.7	14	9.3	
	기타 아시아권	244	81.3	56	18.7	
	영미권	369	92.5	30	7.5	
	유럽권	132	88.0	18	12.0	
	기타	133	88.7	17	11.3	
체류	방문동거, 동반, 영주	148	90.2	16	9.8	0.0765*
자격	국민의 배우자	203	85.7	34	14.4	
	전문직 취업	229	90.9	23	9.1	
	비전문직 취업	353	89.4	42	10.6	
	방문취업	273	92.2	23	7.8	
	산업, 연수취업	101	91.0	10	9.0	
	유학	162	86.2	26	13.8	
	기타 비자	735	86.6	114	13.4	
체류	1년 미만	461	89.2	56	10.8	0.7846
기간	1년 이상	1401	88.4	184	11.6	
	5년 이상	342	87.7	48	12.3	

한국어	서툰	454	93.4	32	6.6	0.0004***
능력	보통	1041	87.9	144	12.2	
	잘 함	709	86.4	112	13.6	
합계		2204	88.4	288	11.6	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

(2) 서울시 외국인 이주민의 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인

민간보험의 경우 일반적 특성 비교시에도 드러났지만, 로지스틱 회귀분석에서도 50대의 민간보험 보유 가능성이 20대보다 유의하게 높게 나타났다($OR=1.47, p<0.05$). 고용형태 중에서는 임시/일용직근로자 군이 학생/가정주부/미취업자에 비해 유의한 수준에서 민간보험 가입가능성이 높았다($OR=1.45, p<0.1$). 소득수준은 월소득이 300만원대인 응답자를 제외한 분석 대상자들 모두 100만원 이하인 군에 비해 민간보험을 가질 확률이 유의하게 낮았다. 외국인 이주민 중 중국($OR=1.95, p<0.01$), 대만($OR=1.64, p<0.1$), 베트남($OR=1.89, p<0.05$), 유럽권($OR=1.93, p<0.05$) 국적자는 민간보험 보유 확률이 기타국가보다 유의하게 높았다. 또한 체류자격이 국민의 배우자, 전문직 취업인 경우를 제외하고 모두 기타90일이상 체류비자 소지인에 비해 민간보험 가입 가능성이 유의하게 낮아졌다. 한국어를 잘하는 군도 민간보험에 가입할 오즈비가 유의하게 낮아졌다($OR=0.76, p<0.05$). 주관적 건강상태나 체류기간은 유의한 효과를 보이지 않았다.

건강보험 직장가입자의 경우 남성인 경우 가입 가능성이 여자보다 높았고($OR=1.227, p<0.05$), 소득수준은 월소득이 300만원대인 경우를 제외하고 100만원 이하의 소득을 가진 경우보다 소득이 높은 경우 보험 가입 확률이 유의하게 높았다. 중국, 베트남, 기타 아시아권 국적은 직장가입자일 가능성이 유의하게 낮았고 일본과 영미권 국적은 직장가입 확률이 유의하게 높았다. 체류자격은 기타90일 이상 체류비자를 가진 경우에 비해 모든 체류형태가 직장가입 건강보험 가능성이 유의하게 높았다.

체류기간도 길어질수록 유의하게 건강보험 가입 확률이 높았지만 한국어 능력은 유의미한 영향을 보이지 않았다.

건강보험 지역가입자의 경우 유의한 영향을 보이는 결과가 일본 국적인 경우 ($OR=2.083$, $p<0.05$), 한국어 능력이 ‘보통’ ($OR=1.974$, $p<0.01$), ‘잘 함’ ($OR=2.466$, $p<0.01$)인 경우에만 보험 보유 가능성이 유의하게 높아졌고 다른 요인들은 유의하게 작용하지 않았다.

표 11. 의료보장 유형에 영향을 미치는 요인

		민간보험 유무		건강보험-직장가입		국민건강보험-지역가입	
변수		OR	(95% 신뢰구간)	OR	(95% 신뢰구간)	OR	(95% 신뢰구간)
성별	남(rf=여)	0.96	(0.79-1.16)	1.23**	(1.01-1.49)	0.88	(0.67-1.14)
연령 (rf=20-29)	30-39	0.86	(0.68-1.10)	1.18	(0.92-1.51)	1.26	(0.90-1.78)
	40-49	0.81	(0.58-1.12)	0.94	(0.67-1.31)	1.45	(0.93-2.26)
	50-59	1.47**	(1.03-2.08)	0.96	(0.66-1.40)	1.28	(0.77-2.14)
	>60	1.19	(0.76-1.85)	1.17	(0.73-1.87)	1.25	(0.65-2.38)
교육수준 (rf=중졸이하)	전문대 졸업 이하	1.23	(0.88-1.70)	1.24	(0.88-1.74)	0.89	(0.56-1.41)
	대학교 졸업 이상	1.25	(0.86-1.82)	1.23	(0.84-1.80)	1.03	(0.61-1.72)
고용형태 (rf=비경제활동)	상용근로자	1.24	(0.74-2.06)	0.77	(0.44-1.33)	1.24	(0.60-2.52)
	임시, 일용직 외	1.45*	(0.94-2.22)	0.76	(0.47-1.23)	1.26	(0.68-2.33)
	자영업자, 고용자	0.83	(0.38-1.80)	1.13	(0.56-2.28)	0.99	(0.35-2.79)

월소득 (rf=100만원 이하)	100만원대	0.55***	(0.37-0.80)	1.47*	(0.96-2.27)	0.89	(0.52-1.55)
	200만원대	0.59**	(0.38-0.94)	1.61*	(0.99-2.62)	0.75	(0.39-1.44)
	300만원대	0.67	(0.36-1.22)	1.37	(0.74-2.54)	0.62	(0.25-1.51)
	400만원대 이상	0.52**	(0.29-0.94)	1.87**	(1.05-3.32)	0.53	(0.23-1.18)
주관적건강상태 좋음(rf=나쁨)		1.11	(0.72-1.72)	1.23	(0.78-1.94)	0.83	(0.47-1.45)
국적 (rf=기타)	중국	1.95***	(1.20-3.15)	0.38***	(0.23-0.61)	0.65	(0.34-1.25)
	일본	0.91	(0.54-1.53)	1.74**	(1.08-2.80)	2.08**	(1.12-3.88)
	대만	1.64*	(0.94-2.88)	0.82	(0.47-1.42)	0.80	(0.38-1.72)
	베트남	1.89**	(1.04-3.43)	0.58*	(0.32-1.06)	0.62	(0.27-1.44)
	기타 아시아권	1.30	(0.80-2.11)	0.67*	(0.42-1.08)	1.63	(0.88-3.02)
	영미권	1.11	(0.70-1.76)	1.53*	(1.00-2.36)	0.73	(0.38-1.39)
	유럽권	1.93**	(1.15-3.24)	0.72	(0.43-1.23)	1.12	(0.55-2.30)
체류자격	방문동거,동반,영주	0.62**	(0.41-0.96)	2.64***	(1.76-3.96)	0.67	(0.37-1.22)

(rf=기타90일이상비자)	국민의 배우자	0.86	(0.59-1.26)	2.46***	(1.70-3.56)	1.20	(0.74-1.94)
	전문직 취업	1.00	(0.69-1.46)	2.51***	(1.78-3.54)	0.90	(0.52-1.54)
	비전문직 취업	0.56***	(0.38-0.83)	2.79***	(1.84-4.22)	0.91	(0.53-1.55)
	방문취업	0.69*	(0.45-1.05)	2.18***	(1.34-3.55)	0.71	(0.37-1.34)
	산업연수, 연수취업	0.31***	(0.17-0.58)	2.95***	(1.74-5.03)	0.67	(0.31-1.44)
	유학	0.70*	(0.47-1.03)	1.56**	(1.01-2.41)	1.21	(0.72-2.04)
체류기간	1년 이상	0.87	(0.69-1.09)	1.65***	(1.28-2.14)	1.07	(0.77-1.49)
(rf=1년미만)	5년 이상	0.81	(0.57-1.14)	2.35***	(1.63-3.37)	0.95	(0.59-1.54)
한국어 능력	보통	1.18	(0.92-1.51)	0.90	(0.70-1.16)	1.97***	(1.31-2.98)
(rf=서툰)	잘 함	0.76**	(0.57-1.00)	1.10	(0.84-1.45)	2.47***	(1.60-3.80)

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01,

OR=odds, ratio, rf=reference(준거집단), 비경제활동=학생, 주부, 미취업자

V. 서울시 외국인 이주민의 의료이용에 관한 분석

1. 분석Ⅱ-1. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 여부에 영향을 미치는 요인

(1) 서울시 외국인 이주민의 일반적 특성 및 의료이용 여부

분석Ⅰ에서는 의료보장과 성별의 연관성이 없었으나 의료이용여부에는 성별이 유의한 차이($p<0.042$)를 보였다. 인구사회경제적 특성 중 의료이용에 유의한 요인은 연령($p<0.093$)과 의료보장($p<0.002$)이며 의료보장과 독립성 검정시 유의했던 교육수준과 월소득은 유의성이 사라졌다. 주관적 건강은 좋은군에서 유의하게 의료이용이 높았고, 외국인 이주민 특성 중 체류자격과 한국어능력은 의료보장 분석시와는 다르게 의료이용에는 유의한 차이를 나타내지 못했다. 다만(97%) 국적이 의료이용이 가장 높았고 체류기간은 기간이 긴 군일수록 의료이용이 높은 것으로 나타났다.

표 12. 의료이용 여부에 따른 분포

변수		의료이용				χ^2 검정 p-value
		안 함		이용		
		N	%	N	%	
인구사회경제적 특성						
성별	여	97	8.1	1097	91.9	0.042**
	남	71	6.0	1115	94.0	

연령	20-29	57	8.2	635	91.8	0.093*
	30-39	55	6.3	817	93.7	
	40-49	31	8.3	341	91.7	
	50-59	21	7.3	267	92.7	
	>60	4	2.6	152	97.4	
교육	중학교 졸업 이하	18	6.6	253	93.4	0.517
수준	전문대 졸업 이하	84	7.7	1005	92.3	
	대학교 졸업 이상	66	6.5	954	93.5	
고용	학생,가정주부,미취업	57	7.8	671	92.2	0.261
형태	상용근로자	38	5.8	620	94.2	
	임시, 일용직 외	66	7.1	866	92.9	
	자영업자, 고용자	7	11.3	55	88.7	
월소득	100만원 이하	15	8.0	173	92.0	0.899
	100만원대	56	6.3	827	93.7	
	200만원대	22	6.9	297	93.1	
	300만원대	7	6.8	96	93.2	
	400만원대 이상	11	6.9	148	93.1	
	학생,가정주부,미취업	57	7.8	671	92.2	
의료	무	74	9.4	714	90.6	0.002***
보장	유	94	5.9	1498	94.1	
건강관련 특성-주관적 건강						
	나쁨	13	11.3	102	88.7	0.068*
	좋음	155	6.8	2110	93.2	
외국인 이주민 특성						

국적	중국	71	7.9	834	92.2	0.003***
	일본	25	13.0	168	87.1	
	대만	5	2.6	189	97.4	
	베트남	11	7.6	134	92.4	
	기타 아시아권	14	4.9	272	95.1	
	영미권	28	7.4	352	92.6	
	유럽권	9	6.7	125	93.3	
	기타	5	3.5	138	96.5	
체류	방문동거, 동반, 영주	7	4.4	152	95.6	0.849
자격	국민의 배우자	17	7.4	212	92.6	
	전문직 취업	17	7.1	222	92.9	
	비전문직 취업	31	8.1	350	91.9	
	방문취업	23	8.2	257	91.8	
	산업/연수취업	7	6.6	99	93.4	
	유학	11	6.1	170	93.9	
	기타 비자	55	6.8	750	93.2	
체류	1년 미만	47	10.0	425	90.0	0.009*
기간	1년 이상	103	6.8	1424	93.3	
	5년 이상	18	4.7	363	95.3	
한국어	서툰	23	5.1	431	94.9	0.180
능력	보통	87	7.6	1055	92.4	
	잘 함	58	7.4	726	92.6	
합계		168	7.1	2212	92.9	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

(2) 서울시 외국인 이주민의 의료이용 저해요인

의료이용을 하지 않는 168명을 제외한 2212명에게 의료이용시 어려운 점이 조사되어 의료접근성을 낮추는 요인을 파악할 수 있었다. 한국에서 의료이용시 어려운 점이 없는 비율은 13%에 불과하였고, 언어와 관련된 의사소통에 어려움을 느끼는 응답자가 45%로 가장 많았다. 그 뒤를 비용, 복잡한 이용절차, 거리, 기타가 의료이용의 저해요인으로 조사되었다.

표 13. 의료이용 저해요인

의료이용시 어려운 점	N	%
의사소통	985	45
비용	589	27
복잡한 이용절차	214	10
거리	126	6
기타	19	1
없다	279	13
합계	2212	100

(3) 서울시 외국인 이주민의 의료이용에 영향을 미치는 요인

분석Ⅱ에서는 분석Ⅰ의 독립변수에 의료보장 여부를 포함시켜 의료이용 여부에 미치는 요인을 로지스틱 회귀분석을 통해 확인하였다. 성별의 효과는 나타나지 않으며 연령은 60대 이상에서만 20대보다 의료이용 가능성이 유의하게 높았다($OR=2.60$, $p<0.1$). 의료보장이 되는 경우($OR=1.73$, $p<0.01$)에는 의료이용 오즈비가 높아졌지만 그 외 인구사회경제적 특성은 유의성이 나타나지 않았다. 국적 중 일본($OR=0.26$, $p<0.01$)과 영미권($OR=0.40$, $p<0.1$)은 의료이용 가능성을 유의하게 감소시킨다. 체류기간은 1년이상 5년미만 체류중인 경우 1년 미만 체류자보다 의료이용 확률이 높아졌다($OR=1.42$, $p<0.1$). 한국어 능력은 ‘보통’ 이거나 ‘잘 함’ 인 경우 모두 의료이용하는 가능성이 유의하게 낮아졌다. 그 외 주관적 건강상태 및 체류자격은 유의한 결과를 나타내지 않았다.

표 14. 의료이용에 영향을 미치는 요인

		의료이용 여부	
변수		OR	(95% 신뢰구간)
성별	남(rf=여)	1.28	(0.91-1.80)
연령	20-29		
	30-39	1.20	(0.78-1.84)
	40-49	0.85	(0.50-1.45)
	50-59	0.88	(0.48-1.63)
	>60	2.60*	(0.86-7.80)
교육수준	중학교 졸업 이하		
	전문대 졸업 이하	1.12	(0.62-2.01)
	대학교 졸업 이상	1.36	(0.71-2.63)
고용형태	학생,가정주부,미취업		
	상용근로자	1.41	(0.55-3.59)
	임시, 일용직 외	1.26	(0.57-2.76)
	자영업자, 고용자	0.58	(0.19-1.75)
월소득	100 만원 이하		
	100 만원대	1.19	(0.61-2.32)
	200 만원대	1.03	(0.46-2.28)
	300 만원대	0.96	(0.32-2.88)
	400 만원대 이상	1.05	(0.39-2.85)
의료보장	있음(rf=없음)	1.73***	(1.24-2.43)
주관적 건강상태	좋음(rf=나쁨)	1.61	(0.87-3.01)
국적	중국	0.51	(0.18-1.44)

(rf=기타)	일본	0.26***	(0.09-0.71)
	대만	1.17	(0.30-4.52)
	베트남	0.68	(0.20-2.30)
	기타 아시아권	0.66	(0.23-1.94)
	영미권	0.40*	(0.15-1.09)
	유럽권	0.49	(0.16-1.52)
<hr/>			
체류자격	기타 90 일이상비자		
	방문동거, 동반, 영주	1.31	(0.54-3.16)
	국민의 배우자	0.87	(0.44-1.73)
	전문직 취업	0.70	(0.36-1.37)
	비전문직 취업	0.74	(0.36-1.51)
	방문취업	0.76	(0.34-1.66)
	산업연수 또는 연수취업	1.02	(0.38-2.70)
	유학	1.26	(0.60-2.63)
<hr/>			
체류기간	1 년 미만		
	1 년 이상	1.42*	(0.98-2.08)
	5 년 이상	1.61	(0.84-3.08)
<hr/>			
한국어 능력	서투름		
	보통	0.66*	(0.41-1.08)
	잘 함	0.64*	(0.38-1.09)
<hr/>			
AIC		1223	
SC		1425	
-2 Log L		1153	

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01, OR=odds ratio, rf=reference(준거집단)

2. 분석Ⅱ-2. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 선택에 영향을 미치는 요인

(1) 서울시 외국인 이주민의 의료이용 선택에 관한 대상자의 일반적 특성

총 2380명의 분석 대상자들이 아플 때 가장 자주 이용하는 의료기관 형태는 병의원(한의원)이 63%였으며 그 뒤를 약국, 보건소, 외국인근로자 무료진료소가 따랐다. 아픈 경우에도 의료이용을 하지 않는 응답자는 168명으로 7%를 차지했으며 의료이용을 하지 않는 군은 분석Ⅱ-2 다항 로지스틱 회귀분석의 준거집단으로 활용되었다.

표 15. 이용하는 의료기관 분포

의료이용	빈도(명)	백분율(%)
하지 않음	168	7.06
무료진료소	105	4.41
보건소	181	7.61
약국	433	18.19
병의원(한의원)	1493	62.73
합계	2380	100

표 16. 의료기관 이용 분포

의료이용												
		없음(빈도, %)		있음(빈도, %)								χ^2 검정
				무료진료소		보건소		약국		병의원		p-value
인구사회경제적 특성												
성별	여	97	8.1	56	4.7	87	7.3	207	17.3	747	62.6	0.234
	남	71	6.0	49	4.1	94	7.9	226	19.1	746	62.9	
연령	20-29	57	8.2	34	4.9	63	9.1	128	18.5	410	59.2	0.529
	30-39	55	6.3	37	4.2	61	7.0	156	17.9	563	64.6	
	40-49	31	8.3	16	4.3	29	7.8	70	18.8	226	60.8	
	50-59	21	7.3	12	4.2	18	6.3	51	17.7	186	64.6	
	>60	4	2.6	6	3.8	10	6.4	28	17.9	108	69.2	
교육	중학교 졸업 이하	18	6.6	10	3.7	22	8.1	48	17.7	173	63.8	0.683

수준	전문대 졸업 이하	84	7.7	41	3.8	76	7.0	199	18.3	689	63.3	
	대학교 졸업 이상	66	6.5	54	5.3	83	8.1	186	18.2	631	61.9	
고용 형태	학생, 가정주부,미취업	57	7.8	39	5.4	61	8.4	107	14.7	464	63.7	0.160
	상용근로자	38	5.8	29	4.4	51	7.8	135	20.5	405	61.6	
	임시, 일용직 외	66	7.1	35	3.8	65	7.0	183	19.6	583	62.6	
	자영업자, 고용자	7	11.3	2	3.2	4	6.5	8	12.9	41	66.1	
월소득	100만원 이하	15	8.0	8	4.3	17	9.0	31	16.5	117	62.2	0.294
	100만원대	56	6.3	36	4.1	54	6.1	178	20.2	559	63.3	
	200만원대	22	6.9	12	3.8	26	8.2	74	23.2	185	58.0	
	300만원대	7	6.8	4	3.9	7	6.8	15	14.6	70	68.0	
	400만원대 이상	11	6.9	6	3.8	16	10.1	28	17.6	98	61.6	
	학생,가정주부,미취업	57	7.8	39	5.4	61	8.4	107	14.7	464	63.7	
의료보장	없음	74	9.4	46	5.8	57	7.2	215	27.3	396	50.3	<.0001***

	있음	94	5.9	59	3.7	124	7.8	218	13.7	1097	68.9	
건강관련 요인												
주관적	나쁨	13	11.3	7	6.1	5	4.3	16	13.9	74	64.3	0.146
건강상태	좋음	155	6.8	98	4.3	176	7.8	417	18.4	1419	62.6	
외국인 관련 특성												
국적	중국	71	7.8	37	4.1	59	6.5	192	21.2	546	60.3	<.0001***
	일본	25	13.0	6	3.1	17	8.8	23	11.9	122	63.2	
	대만	5	2.6	6	3.1	14	7.2	31	16.0	138	71.1	
	베트남	11	7.6	4	2.8	11	7.6	15	10.3	104	71.7	
	기타 아시아권	14	4.9	26	9.1	26	9.1	45	15.7	175	61.2	
	영미권	28	7.4	11	2.9	27	7.1	75	19.7	239	62.9	
	유럽권	9	6.7	5	3.7	16	11.9	27	20.1	77	57.5	
	기타	5	3.5	10	7.0	11	7.7	25	17.5	92	64.3	

체류	방문동거, 동반, 영주	7	4.4	9	5.7	13	8.2	25	15.7	105	66.0	0.034**
자격	국민의 배우자	17	7.4	10	4.4	15	6.6	20	8.7	167	72.9	
	전문직 취업	17	7.1	11	4.6	13	5.4	39	16.3	159	66.5	
	비전문직 취업	31	8.1	18	4.7	32	8.4	73	19.2	227	59.6	
	방문취업	23	8.2	14	5.0	16	5.7	65	23.2	162	57.9	
	산업연수, 연수취업	7	6.6	2	1.9	8	7.5	24	22.6	65	61.3	
	유학	11	6.1	14	7.7	15	8.3	27	14.9	114	63.0	
	기타 비자	55	6.8	27	3.4	69	8.6	160	19.9	494	61.4	
체류	1년 미만	47	10.0	27	5.7	45	9.5	96	20.3	257	54.4	0.0003***
기간	1년 이상	103	6.7	64	4.2	107	7.0	285	18.7	968	63.4	
	5년 이상	18	4.7	14	3.7	29	7.6	52	13.6	268	70.3	
한국어	서툰	23	5.1	33	7.3	42	9.3	63	13.9	293	64.5	0.003***
능력	보통	87	7.6	42	3.7	88	7.7	224	19.6	701	61.4	

	잘 함	58	7.4	30	3.8	51	6.5	146	18.6	499	63.6
합계		168	7.1	105	4.4	181	7.6	433	18.2	1493	62.7

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01

(2) 서울시 외국인 이주민 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인

무료진료소를 이용하는 경우는 의료이용을 하지 않는 경우보다 적었다. 인구사회학적 요인 중에 유의성을 가지는 경우는 없었으나 중국, 일본, 베트남, 영미권, 유럽권 국적을 가진 경우 무료진료소 이용 가능성이 유의하게 낮을 것으로 나타났다. 체류자격 중에서 유학생인 경우만 무료진료소 이용 확률이 기타 비자 소지자보다 높았다($OR=3.064$, $p<0.1$). 한국어 능력도 서투른 경우보다 보통 또는 잘하는 경우 무료진료소 이용 가능성이 유의하게 낮았다.

보건소 이용자도 181 명으로 적은 편이었고 유의한 영향을 미치는 것은 의료보장으로, 보건소 이용 가능성이 높았다($OR=1.852$, $p<0.05$). 주관적 건강상태가 좋은 경우 보건소 이용이 확률이 건강이 나쁜 경우보다 유의하게 높았다($OR=2.667$, $p<0.1$). 체류자격 중 전문직 취업비자를 가질 경우 보건소 이용 가능성이 유의하게 낮았으며($OR=0.392$, $p<0.1$), 한국어 능력이 보통이거나 잘하는 경우에도 유의하게 보건소 이용 확률이 낮았다. 국적이나 체류기간은 유의미한 결과를 보이지 않았다.

처방전이 없이 약국을 이용하는 가능성은 주관적 건강상태가 좋은 경우 유의하게 높았고($OR=2.623$, $p<0.05$), 국적 중에서 유일하게 일본인의 이용 확률이 유의하게 낮았다($OR=0.211$, $p<0.05$). 그 외 특성들은 유의미한 영향을 보이지 않았다.

가장 많이 이용하는 의료기관으로 조사된 병의원(한의원)을 이용할 가능성은 60 대 이상인 경우($OR=3.146$, $p<0.05$), 의료보장을 받는 경우($OR=2.235$, $p<0.01$), 체류기간이 길어질수록 유의하게 높았고 일본($OR=0.267$, $p<0.05$) 또는 영미권($OR=0.402$, $p<0.1$)

국적자인 경우, 한국어 능력이 보통이거나 잘하는 경우 유의하게 낮았다.

표 17. 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인

		무료 진료소		보건소		약국		병의원 (한의원)	
변수		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
성별	남 (rf=여)	1.28	(0.71-2.32)	1.25	(0.75-2.06)	1.28	(0.86-1.91)	1.29	0.90-1.84)
연령 (rf=20-29)	30-39	1.09	(0.50-2.35)	0.91	(0.49-1.69)	1.23	(0.74-2.04)	1.28	(0.82-1.98)
	40-49	0.81	(0.29-2.25)	0.68	(0.29-1.58)	0.94	(0.49-1.80)	0.85	(0.49-1.49)
	50-59	1.14	(0.39-3.36)	0.76	(0.30-1.91)	0.95	(0.46-1.98)	0.95	(0.51-1.77)
	>60	2.88	(0.50-16.43)	2.18	(0.44-10.74)	2.41	(0.70-8.28)	3.15**	(1.03-9.60)
교육수준 (rf=중졸이하)	전문대 졸업 이하	0.85	(0.28-2.54)	0.83	(0.33-2.08)	0.99	(0.48-2.05)	1.14	(0.62-2.09)
	대학교 졸업 이상	1.00	(0.29-3.53)	0.93	(0.33-2.61)	1.37	(0.61-3.07)	1.37	(0.70-2.70)
고용형태 (rf=비경제	상용근로자	0.53	(0.09-3.08)	2.23	(0.58-8.56)	1.57	(0.50-4.92)	1.39	(0.53-3.66)
	임시, 일용직 외	0.52	(0.12-2.30)	1.65	(0.54-5.05)	1.38	(0.53-3.64)	1.30	(0.57-2.94)

활동)	자영업, 고용자	0.30	(0.03-3.04)	1.05	(0.18-6.08)	0.51	(0.12-2.11)	0.62	(0.19-2.01)
월소득	100만원대	1.38	(0.40-4.79)	0.69	(0.26-1.82)	1.50	(0.66-3.40)	1.15	(0.58-2.30)
(rf=100만원	200만원대	1.48	(0.34-6.43)	0.85	(0.28-2.59)	1.71	(0.64-4.53)	0.89	(0.39-2.02)
이하)	300만원대	2.28	(0.31-17.04)	0.54	(0.11-2.56)	0.82	(0.21-3.17)	1.01	(0.33-3.11)
	400만원대 이상	1.69	(0.26-10.90)	1.26	(0.31-5.11)	1.54	(0.46-5.17)	0.95	(0.34-2.65)
의료보장	있음 (rf=없음)	0.99	(0.54-1.83)	1.85**	(1.12-3.07)	0.91	(0.60-1.37)	2.24***	(1.58-3.16)
주관적건강상태	좋음 (rf=나쁨)	1.00	(0.34-2.97)	2.67*	(0.85-8.38)	2.62**	(1.10-6.23)	1.40	(0.73-2.66)
국적	중국	0.21*	(0.04-1.01)	0.38	(0.09-1.57)	0.56	(0.17-1.89)	0.48	(0.17-1.40)
(rf=기타)	일본	0.14**	(0.03-0.68)	0.33	(0.09-1.25)	0.21**	(0.06-0.69)	0.27**	(0.10-0.75)
	대만	0.60	(0.07-4.89)	1.05	(0.18-6.17)	1.17	(0.24-5.57)	1.13	(0.29-4.46)
	베트남	0.12**	(0.01-0.99)	0.75	(0.12-4.54)	0.80	(0.18-3.54)	0.72	(0.21-2.48)
	기타 아시아권	0.94	(0.20-4.28)	0.80	(0.20-3.18)	0.68	(0.20-2.29)	0.61	(0.20-1.85)

	영미권	0.22**	(0.05-0.89)	0.44	(0.12-1.59)	0.49	(0.16-1.53)	0.40*	(0.14-1.12)
	유럽권	0.22*	(0.04-1.20)	0.66	(0.15-2.82)	0.61	(0.17-2.20)	0.43	(0.13-1.37)
체류자격	방문동거,동반,영주	2.49	(0.64-9.69)	1.34	(0.42-4.32)	1.25	(0.45-3.46)	1.31	(0.53-3.22)
(rf=기타90	국민의 배우자	2.49	(0.71-8.75)	0.63	(0.21-1.87)	0.47	(0.19-1.17)	0.94	(0.46-1.90)
일이상비자)	전문직 취업	1.61	(0.48-5.43)	0.39*	(0.14-1.11)	0.55	(0.25-1.22)	0.74	(0.37-1.48)
	비전문직 취업	2.64	(0.66-10.48)	1.10	(0.38-3.20)	0.51	(0.21-1.25)	0.77	(0.37-1.62)
	방문취업	3.30	(0.73-14.91)	0.83	(0.25-2.79)	0.62	(0.24-1.59)	0.75	(0.34-1.68)
	산업연수, 연수취업	1.19	(0.14-9.92)	1.15	(0.28-4.71)	0.81	(0.25-2.56)	1.12	(0.41-3.08)
	유학	3.06*	(0.90-10.46)	1.40	(0.51-3.88)	0.91	(0.38-2.20)	1.31	(0.61-2.79)
체류기간	1년 이상	0.84	(0.43-1.64)	1.14	(0.66-1.98)	1.28	(0.82-2.02)	1.56**	(1.05-2.30)
(rf=1년미만)	5년 이상	1.08	(0.35-3.33)	1.35	(0.55-3.29)	0.84	(0.38-1.86)	1.85*	(0.95-3.60)
한국어 능력	보통	0.42**	(0.20-0.87)	0.56*	(0.29-1.08)	0.90	(0.50-1.61)	0.62*	(0.38-1.02)

(rf=서푼)	잘 함	0.37** (0.16-0.82)	0.48** (0.24-0.97)	0.80 (0.43-1.51)	0.60* (0.35-1.03)
AIC		388	510	731	1084
SC		514	645	885	1274
-2 Log L		318	440	661	1014

*P<0.1, **P<0.05, ***P<0.01, OR=odds ratio, CI=confidence interval (신뢰구간)

VI. 고찰

1. 서울시 외국인 이주민의 의료보장 분석(분석 I)

분석 I 은 2015 년 서울서베이에 응답한 서울시 외국인 이주민 2492 명을 대상으로 의료보장 여부와 의료보장의 형태 및 그에 영향을 미치는 요인을 파악했다. 본 연구에서 의료보장 적용 받는 대상자의 비율은 전체의 66%(1646 명)였다. 이 중 민간보험 가입율이 27%(685 명)이며 건강보험 가입율은 직장 및 지역가입자를 합쳐서 40%(991 명)이다. 한국의료패널 조사 자료에 따르면 내국인의 2012 년 민간의료보험 평균 가입률이 80.4%(한. 국민건강보험공단, 2014), 건강보험공단 자료에 따르면 내국인의 2015 년 의료보장 적용인구 중 97%(국민건강보험공단, 2016)가 건강보험에 가입되어 있는 것에 비하면 서울시 외국인 이주민의 의료보장 상태는 내국인의 절반에도 못 미치는 상황이다. 2015 년 기준 건강보험이 적용된 서울시 외국인은 18 만명(직장: 101,631, 지역: 77,105)으로(국민건강보험공단, 2016) 국내 등록된 외국인 중 서울에 거주하는 27 만명의 66%에 해당하는데 본 연구에서는 공단 자료보다 가입율이 다소 낮게 측정되었다.

내국인의 경우 건강보험에 강제가입되기에 개인의 선택이 반영되지 않지만 민간보험에 가입하는 사람의 특성은 여성보다 남성이, 배우자가 없는 사람보다 있는 사람이, 의료급여나 기타 의료보장보다 건강보험 가입자일 경우 가입율이 높다. 연령구간에 따라서는 일정한 변화는 없으나, 10 세 미만에서 가입률이 가장 높고, 20 대의 가입률은 30-59 세의 가입률보다 다소 낮았다. 60 세 이후부터의 가입률은 현저하게 감소한다.(한. 국민건강보험공단,

2014). 본 연구에서는 반대로 20 대의 가입률이 30-49 세부터 높았으며 60 대 이상의 연령층 자료가 적어서 가입률이 현저히 감소하는 추세는 확인되지 않았다. 본 연구의 대상인 외국인 이주민의 연령별 특성이 내국인과는 확연히 다른 점을 보여준다. 월소득이 100 만원 이하인 집단의 민간보험 가입률은 그 외 독립변수 집단보다 약 5% 높은 가입률을 보이는 점이 특이하게 나타나는데, 이는 학생/가정주부/비경제활동자가 모두 섞인 군이라고 특성이 소득별로 나뉘어진 다른 집단보다 이질적일 가능성이 있기 때문에 예상되는 결과이다. 자영업자와 고용자 집단에서 민간보험 가입률이 17%(65 명 중 11 명), 산업연수생과 연수취업 집단에서 14%(111 명 중 16 명)으로 적은 것은 주목할 만한 결과이다. 본 연구의 자영업자와 고용자 집단의 소득분포를 보면 100 만원 이상에서 200 만원 미만의 소득을 가지는 경우가 43%로 대부분이며 300 만원 대 소득을 가지는 대상자가 한 명도 없었기에 정확한 분석이 가능하지 않았던 것으로 파악된다. 국적 중에 민간보험 가입율이 높은 국가는 유럽권이지만 유럽권 국적 이주민의 건강보험 가입률은 평균수준이다. 일본인은 이와 반대로 민간보험 가입율이 평균보다 낮지만 건강보험은 지역, 직장 가입률이 모두 높은 것으로 보아 국가별 보험선택의 차이를 볼 수 있다.

표 18. 자영업, 고용자 집단의 소득분포(N=2492)

월소득	100만원 미만	100만원 이상	200만원 이상	300만원 이상	400만원 이상	합계
	미만	이상	이상	이상	이상	
빈도(명)	7	28	13	0	17	65
백분율%	10.8	43.1	20.0	0.0	26.2	100

건강보험 지역가입자 중에서 가장 가입률이 높은 특성은 일본(22.5%, 200 명 중 45 명) 국적이며 건강보험 지역가입은 일본의 의료보장체제와 가장 유사한 것으로 보아 일본국적 이주민의 보험 선택의 선호도가 나타난 것을 알 수 있다.

직장가입자 중에서는 자영업자와 고용자, 소득이 300 만원대 이상, 일본 및 영미권 국적, 전문직 취업비자, 한국 체류기간이 5 년이상인 경우 건강보험 가입률이 평균을 훨씬 웃도는 것으로 보아 소득이나 사회계층적으로 안정적이며 선진국으로 분류되는, 한국사회 적응이 오래된 집단이 민간보험보다 건강보험(직장가입)을 선호하는 것을 알 수 있다.

의료보장 유형에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다항로지스틱 분석을 한 결과, 건강보험 남성 직장가입자에게서 나타나던 성별의 유의성이 의료보장의 유무로 분석하는 경우 사라지는 것으로 보아 민간보험이나 건강보험 지역가입자에서의 성별에서 유의하지 않은 효과가 더 크게 작용한 것으로 보인다. 50 대 민간보험 가입자에게서 나타나던 가입율의 증가는 의료보장 유무로 분석한 경우에도 유지되는 것으로 보아 50 대 연령층 효과의 크기를 보여준다. 교육수준의 경우에도 의료보장 유형별로 나누어 분석한 경우에는 고학력의 효과가 나타나지 않았지만 의료보장

유무로 합쳐서 분석시에는 유의한 결과를 보였다. 소득의 효과는 민간보험과 건강보험 직장가입자의 경우 유의하게 나타났는데 특히 민간보험의 경우, 소득이 가장 낮은 군에 학생, 가정주부, 비경제활동자 등이 포함되어 이질적인 성격을 가졌고 또한 기타 고소득 군에 비해 민간보험 가입률이 가장 높았기 때문에 소득이 높은 군에서 민간보험을 가입할 확률이 낮아지는 결과가 나온 것으로 추정된다. 국적별로 나타나는 효과는 의료보장 형태에 따라 상이하게 나타나는데 출신국가의 성격이 반영된 것으로 보인다. 특히 중국, 대만, 베트남, 유럽권 국적처럼 민간보험 가입율이 유의하게 높은 국가는 건강보험 직장가입률이 베트남을 제외하고는 유의하게 낮았다. 체류자격은 민간보험에 가입률이 낮은 특징을 가지는 비자 형태(방문동거/동반/영주, 비전문직 취업, 방문취업, 산업연수/연수, 유학)는 전부 건강보험 직장가입률이 유의하게 높아서 분석 대상자들이 민간보험과 건강보험(직장) 중 대부분 한 가지 종류에만 가입한 특성을 보여준다. 앞서 언급한대로 내국인들 97%가 건강보험에 가입되어 있고 민간보험까지 가지는 경우가 80%를 넘어서는 한국의 상황과는 대조적이다.

2. 서울시 외국인 이주민의 의료이용 분석(분석Ⅱ)

아플 때 의료기관을 이용하지 않는 대상자는 전체의 7%에 해당하며 의료필요가 충족되지 않은 경험을 보여준 것이라고 볼 수 있다. 한국의료패널이나 국민건강영양조사 등 건강관련 지표조사를 하는 설문에서는 미충족의료를 ‘지난 1년간 미치료나 지연유무’를 조사하여 경험한 사람들로 보지만 본 연구에서는 의료이용 경험의 기간에 대해서는 특정짓지 않았다. 수치상 완전한 비교는 불가하겠으나 한국 성인의 미충족 의료현황은 17%정도로 추정된 연구(김수정, 2007)에 비해 본 연구에서는 7%로 낮게 나왔는데 치료의 지연경험에 대한 고려가 되지 않았기 때문으로 설명될 수 있다.

OECD 자료를 참고하면 국내 의료이용에서 양적인 지표가 높은 것으로 나타난다. 연간 1인당 의사 수진횟수는 일본, 체코의 뒤를 이어 OECD 평균을 훨씬 웃돌았고 의사 1인당 진료횟수도 한국은 1위를 차지한다. 입원환자를 기준으로 한 평균 재원일수도 제일 높은 것으로 알려져 있다(Jones, 2010). 본 연구에서는 비용이나 양적으로 의료를 얼마나 이용하였는지는 측정하지 못하였으나 외국인노동자 무료진료소, 보건소, 약국에 비해 외국인 이주민도 병의원(한의원)이용을 선호하는 것으로 보인다. 병의원의 형태는 1, 2, 3 차로 체계적인 역할 분담을 하지만 조사내용의 한계로 그 차이를 분석하지는 못하였다. 국외 연구에 의하면 이주민은 특히 응급실 이용이 높은 것으로 스페인(Hernández-Quevedo & Jiménez-Rubio, 2009), 덴마크(Nielsen, Hempler, Waldorff,

Kreiner, & Krasnik, 2012), 미국의 라틴계(Chan, Krishel, Bramwell, & Clark, 1996) 이민자에서 나타난다.

인구학적 요인 중에서 성별은 유의하지는 않지만 모든 기관에서 남성이 여성보다 이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 기존 연구에서는 여성이 남성보다 의료이용 많은 것으로 나타나는데(Dhingra, Zack, Strine, Pearson, & Balluz, 2010), 국내 이민자의 결과는 유의한 결과를 보여주지 못하였다. Andersen 의 초기모형(Andersen, 1968)에서부터 예상되었듯이 본 연구에서도 60 대 이상의 연령층에서 의료이용 (특히 병의원)이 가능성이 유의하게 높아진 것을 확인할 수 있다. 국외 연구들에서는 인종이나 유전적인 정보를 활용하여 의료이용의 차이를 설명하는 경우도 있으나 아직까지 국내에서는 이러한 자료를 확보한 연구는 진행되지 못하였다. 교육수준이 높을수록(Hernández-Quevedo & Jiménez-Rubio, 2009) 안정적인 직업을 가질수록(Dhingra et al., 2010) 의료이용 가능성이 높아지는 결과도 발견되지만 본 연구에서는 유의성이 발견되진 않았다.

국가소득수준으로 봤을 때 고소득국가로 분류되는 일본이나 영미권 국적을 가진 이주민의 의료이용 가능성이 유의하게 낮게 나왔는데 이주민의 의료이용에서 정착국 의사에 대한 신뢰도 작용할 수 있기 때문에 만약 출생국보다 정착국 의료진에 대한 신뢰가 낮은 경우에는 다른 통제조건이 동일하거나 심지어 좋은 경우에도 의료이용이 낮아질 수 있을 것으로 예상한다. 그러나 본 연구에서는 의료진에 대한 신뢰는 조사되지 않아서 그 내용을 통제할 수 없었다.

문화적응 변수로 주로 사용되는 정착국에서의 체류기간은 기간이 늘어날수록 의료이용 가능성을 높이는 것으로 국외연구와 동일한 결과를 보여준다(Akresh, 2009). 한국어 사용능력에 대한 결과는 상이하게 나왔는데 조사된 대상이었던 의료기관 유형 중 약국을 제외하면 한국어 능력은 의료이용 가능성을 낮추는 결과를 보였다. 이는 분석 I 에서 한국어 능력이 서투른 군보다 보통($OR=1.37$, $p<0.01$) 또는 잘하는 군(1.26 , $p<0.1$)에서 의료보장 가능성이 유의하게 높아졌으나 의료보장($OR=1.73$, $p<0.01$)은 의료이용에 상당한 영향을 미치는 요인이기 때문에 의료보장을 통제하게 됨으로써 한국어 능력이 의료이용에 미치는 영향이 감소했을 것으로 보인다. 의료이용에 한국어 능력이 미치는 영향을 보다 명확히 파악하기 위해서는 기타 독립변수와 의료보장 간 상호작용이나 매개효과 등을 파악하는 추가분석이 더 필요할 것으로 보인다.

의료보장은 의료이용을 높이는 변수로써 예측도가 높은 것으로 알려져 있고 본 연구에서도 보험이 필요하지 않은 외국인 무료진료소나 약국(처방없이 이용하는 경우로 제한)을 제외하고는 의료이용 가능성을 높여주는 영향을 주는 것으로 확인되었다.

VII. 결론과 제언

본 연구에서는 외국인 이주민이 고유하게 갖는 특성이 의료보장, 의료이용에 미치는 영향을 알아보기 위하여 선행연구를 통해 알려진 여러 독립변수를 선별하여 이들이 의료보장과 의료이용에 미치는 영향을 파악하였다. 분석결과 외국인 이주민의 특성인 국적(중국, 일본, 영미권), 체류자격, 체류기간, 한국어 능력은 의료보장에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 외국인 이주민에게 의료보장은 의료이용에 영향을 미치는 중요한 변수임이 확인되었고 외국인 이주민의 특성 중 의료이용에 영향을 미치는 요인은 국적(일본, 영미권)과 체류기간, 한국어 능력인 것으로 나타났다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다.

첫째, 서울시에서 조사한 서울서베이 2015 년 단면조사 자료를 사용하였기에 개인의 특성이 완벽하게 통제되지 않을 수 있다는 한계가 있으며 조사 내용이 제한되어 외국인이 국내 의료진에 대하여 가지는 신뢰도, 외국인의 이주배경이 분석결과에 포함되지 않았다는 단점이 있다. 외국인 이주민은 국내뿐만 아니라 출신국가의 의료자원도 활용할 수 있는 역량이 있고 이주시의 맥락에 따라 의료자원을 어떻게 이용하든지 차이가 생길 수 있는데 이에 대한 고려가 부족하다.

둘째, 의료이용의 유무와 의료기관의 선택을 종속변수로 분석을 진행하였는데 외국인 이주민이 이용하는 건강검진이나 예방서비스 이용, 응급실이나 1,2,3 차 의료체계별 분석은 자료의 한계로 파악할

수 없었다는 한계가 있다. 자료의 한계로 의료이용의 빈도나 비용 등은 파악하지 못한 한계가 있다.

셋째, 건강 관련 요인에 관해서는 주관적 건강상태로 통제하였으나 만성질환이나 기타 질환의 유무는 파악되지 않아서 분석할 수 없었던 한계가 있다.

넷째, 소득수준이 개인의 월소득으로 파악되었고 학생, 가정주부, 미취업자에 대해서는 소득을 파악하지 않았기 때문에 회귀분석에 있어서 소득의 효과가 정확하게 통제되지 않았을 수 있다. 본 연구의 자료원인 서울서베이 데이터구축에 있어서 앞으로는 소득수준이 가구소득으로 비경제활동자까지 포함하여 명확하게 조사될 필요가 있다.

본 연구는 외국인 이주민의 의료보장이나 의료이용에 대한 국내 연구가 부족한 상황에서 외국인 이주민이 점차 늘어나고 있는 서울시의 자료를 토대로 했기 때문에 중앙부처 및 지방자치단체의 외국인정책 수립의 기초자료로 활용될 수 있다. 의료보장에 있어서는 외국인 이주민의 특성 전부, 의료이용에 있어서는 체류자격을 제외한 국적, 체류기간, 한국어 능력이 중요한 요인으로 파악되었으므로 행정자치부는 지원조례 제정, 전담기구 확충 등 외국인 이주민 지원체계 구축과 함께 외국인 이주민과 지역주민이 더불어 사는 사회통합 분위기 조성을 위한 지원이 필요하다.

의료이용의 경우 의료보장의 역할이 중요한 것으로 파악되지만 재외동포를 포함하여 장기 체류하는 외국인 중 건강보험에 가입한

외국인은 56.8%에 불과하기에 이들을 대상으로 건강보험공단은 건강보험 수급권 보호를 위해 건강보험가입을 적극적으로 홍보할 필요가 있다.

또한 민간무료진료소의 이용도가 4.4%로 낮게 나오는데 지역내 공중보건체계와 무료진료소가 연계하여 중복진료, 중복검사, 약물 남용 막는 등 의료자원을 적절하게 이용하는 역할분담 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

- Akresh, I. R. (2009). Health service utilization among immigrants to the United States. *Population Research and Policy Review*, 28(6), 795-815.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. *Research Ser.*(25).
- Barone, T. L. (2010). Culturally sensitive care 1969-2000: The Indian Chicano health center. *Qualitative Health Research*, 20(4), 453-464.
- Bergmark, R., Barr, D., & Garcia, R. (2010). Mexican immigrants in the US living far from the border may return to Mexico for health services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 610-614.
- Bustamante, A. V., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S. P., Rizzo, J. A., & Ortega, A. N. (2012). Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), 146-155.
- Chan, T. C., Krishel, S. J., Bramwell, K. J., & Clark, R. F. (1996). Survey of illegal immigrants seen in an emergency department. *Western Journal of Medicine*, 164(3), 212.
- Cho, Y., Frisbie, W. P., Hummer, R. A., & Rogers, R. G. (2004). Nativity, duration of residence, and the health of Hispanic adults in the United States¹. *International Migration Review*, 38(1), 184-211.
- Choi, J. Y. (2009). Contextual effects on health care access among immigrants: Lessons from three ethnic communities in Hawaii. *Social science & medicine*, 69(8), 1261-1271.
- Dhingra, S. S., Zack, M., Strine, T., Pearson, W. S., & Balluz, L. (2010).

- Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. *Psychiatric Services*, 61(5), 524-528.
- Ellwood, M. R., & Ku, L. (1998). Welfare and immigration reforms: unintended side effects for Medicaid. *Health Affairs*, 17(3), 137-151.
- Evashwick, C., Rowe, G., Diehr, P., & Branch, L. (1984). Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health services research*, 19(3), 357.
- Frisbie, W. P., Cho, Y., & Hummer, R. A. (2001). Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 153(4), 372-380.
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health services research*, 34(6), 1273.
- Hauck, F. R., Corr, K. E., Lewis, S. H., & Norman Oliver M MD, M. (2012). Health and health care of African refugees: an underrecognized minority. *Journal of the National Medical Association*, 104(1/2), 61.
- Hernández-Quevedo, C., & Jiménez-Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Social science & medicine*, 69(3), 370-378.
- Jones, R. S. (2010). *Health-Care Reform in Korea*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbhk53x7nt-en>
- Kong, D., Yoon, K., & Yu, S. (2010). The social dimensions of immigration in Korea. *Journal of Contemporary Asia*, 40(2), 252-274.

- Leclerc, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal Of Health And Social Behavior*, 370-384.
- Lee, S., Choi, S., & Jung, M.-J. (2014). Ethnic variation in access to health care of Asian Americans who are not US citizens: Chinese, Korean, and Vietnamese ethnic groups. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(2), 577-590.
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), 123-129.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social science & medicine*, 55(1), 125-139.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1613-1627.
- Nielsen, S. S., Hempler, N. F., Waldorff, F. B., Kreiner, S., & Krasnik, A. (2012). Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scandinavian journal of public health*, 40(3), 260-270.
- OECD. (2016a). Foreign-born population (indicator) (Publication no. 10.1787/5a368e1b-en). Retrieved 23 November 2016 <https://data.oecd.org/migration/foreign-born-population.htm#indicator-chart>
- OECD. (2016b). Foreign population (indicator) (Publication no.

- 10.1787/16a914e3-en). Available from OECD Retrieved 23 November 2016 <https://data.oecd.org/migration/foreign-population.htm#indicator-chart>
- Prevention, C. f. D. C. a. (2013). *CDC Health Disparities and Inequalities Report—United States*. Retrieved from
- Ransford, H. E., Carrillo, F. R., & Rivera, Y. (2010). Health care-seeking among Latino immigrants: blocked access, use of traditional medicine, and the role of religion. *Journal of health care for the poor and underserved*, 21(3), 862-878.
- UN. (1998). *Recommendations on Statistics of International Migration Revision 1* (92-1-161408-2). Retrieved from New York: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1E.pdf
- UN. (2016). *International Migration Report 2015: Highlights*. Retrieved from New York: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf
- Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J., & Elliott, S. (2005). Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Social science & medicine*, 60(12), 2799-2818.
- WHO. (2003) International Migration, Health and Human Rights., *Health & Human Rights Publication Series*.
- Yang, P. Q., & Hwang, S. H. (2016). Explaining Immigrant Health Service Utilization: A Theoretical Framework. *SAGE Open*, 6(2). doi:10.1177/2158244016648137
- 국민건강보험공단. (2016). *2015 건강보험주요통계* (11-B550928-000036-08).

Retrieved

from

<http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet.xx?menuId=F3322>

국민건강보험공단, 한. (2014). *2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)*.

Retrieved from https://www.khp.re.kr:444/ver_2/04_study/study01.jsp

김미선. (2009). *한국사회와 이주민 건강* (이왕준 Ed.): 청년의사.

김수정. (2007). *우리나라 성인의 미충족 의료 현황*. (석사), 서울대학교.

김유경. (2009). 다문화가족의 실태와 정책방안. [Current Status of Multicultural Families in a Multicultural Era and Policy Implications]. *보건복지포럼*, 29-52.

법무부. (2016). *체류외국인 통계연보 2016 6월호*.

서울특별시. (2016). *2016 도시정책지표조사보고서(2015년 기준)*.

설동훈. (2005). *외국인노동자 보건의료실태 조사연구*. Retrieved from

양숙자. (2010). 한국 거주 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용과 관련요인에 관한 연구. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 24(2), 323 - 335.

여성가족부. (2016). *2015년 전국다문화가족실태조사* (2016-03). Retrieved from

[http://www.mogef.go.kr/system/common/JSPervlet/download.jsp?fCode=34764&fName=2015%EB%85%84%20%EC%A0%84%EA%B5%AD%EB%8B%A4%EB%AC%B8%ED%99%94%EA%B0%80%EC%A1%B1%EC%8B%A4%ED%83%9C%EC%A1%B0%EC%82%AC%20%EB%B6%84%EC%84%9D\(%EC%B5%9C%EC%A2%85\).pdf&fMime=application/pdf&fBid=103](http://www.mogef.go.kr/system/common/JSPervlet/download.jsp?fCode=34764&fName=2015%EB%85%84%20%EC%A0%84%EA%B5%AD%EB%8B%A4%EB%AC%B8%ED%99%94%EA%B0%80%EC%A1%B1%EC%8B%A4%ED%83%9C%EC%A1%B0%EC%82%AC%20%EB%B6%84%EC%84%9D(%EC%B5%9C%EC%A2%85).pdf&fMime=application/pdf&fBid=103)

이상림. (2011). *이주와 건강: 이론적 고찰*.

이정면, 임., 박정우. (2016). *외국인 건강보험 가입자의 의료이용 분석 및*

제도 개선방안 연구.

통계청. (2015). 2015년 외국인고용조사 결과.

행정자치부. (2016). 행정자치통계연보.

Abstract

Factors Affecting Healthcare Coverage and Health Utilization among Immigrants Living in Seoul

Soyoung Min

Public Health Management and Policy

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

As the number of international migration increases worldwide, more and more foreigners are migrating to South Korea. International migrants to South Korea are mostly migrant workers and female migrants for marriage. They make up the most vulnerable groups in South Korea and are at risk of health inequality when considering their occupations and social status. Considering the socioeconomic value of their labor productivity and human rights, their health rights should be guaranteed through health insurance and it is necessary to analyze the factors affecting the healthcare coverage and health utilization of foreign migrants.

This study used 2015 Seoul Survey data. In order to identify factors influencing the health utilization of foreign migrants, the impact of demographic, socioeconomic, foreign immigrant-related characteristics on healthcare coverage were analyzed by logistic regression analysis as healthcare coverage functions

as an important factor for health utilization. A second study was to analyze the effect of the same independent variables used for healthcare coverage on health utilization. Factors involved in the choice of healthcare and medical institutions were also analyzed by logistic regression.

As a result it was found that among the characteristics of the foreign migrants, the nationality (Japan(OR = 2.83, $p < 0.01$), UK&USA (OR = 1.49, $p < 0.1$)), spouse visa(OR=2.27, $p < 0.01$), professional working visa(OR=2.50, $p < 0.01$), duration of stay for more than 1 year(OR=1.31, $p < 0.5$), 5year(OR=1.70, $p < 0.01$), Korean proficiency normal(OR = 1.37, $p < 0.01$), good(OR=1.26, $p < 0.1$) were statistically significant for higher healthcare coverage. For the health utilization analysis, healthcare coverage(OR = 1.73, $p < 0.01$) was found to be a significant variable and nationality (Japan (OR = 0.26, $p < 0.01$), UK&USA (OR = 0.40, $p < 0.1$)) and duration of stay for more than 1 year(OR = 1.42, $p < 0.1$), Korean proficiency normal(OR = 0.66, $p < 0.1$), good (OR = 0.639, $p < 0.1$)) were significantly related to utilization.

The results of this study can be used as basal evidence for making health-related foreign policy by central government and local government. In particular, since the duration of stay and Korean language proficiency, which are an indicator of cultural adaptation, were found to be important factors for healthcare coverage and health utilization, the Ministry of Government Administration and Home Affairs should prepare supportive ordinance and establish the support system for foreigners, so to fasten social integration.

To increase currently low healthcare coverage which has an important influence on the health utilization for foreign immigrants, it is suggested to advertise that national health insurance can be available to foreigners who meet the conditions.

Keywords: Foreigners, Immigrants, Healthcare coverage, Health utilization, Seoul Survey

Student Number: 2015-24033